

Vendredi 30 août

Horaire : 09:00 - 10:30

SESSION SPÉCIAL 2 – Salle 1

Thème : Promouvoir la légalité pour contrecarrer les conflits d'intérêt et la corruption dans les systèmes de santé

Session spécial organisé par : Gianfranco Domenigjetti et Cathérine Maurain, Suisse et France

Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile durante el GES.

Carolina Tetelboin Henrion, Sebastián Medina Gay, Carmen Zúñiga Trejo et Fabián Moraga Cortés, Chile et México

Resumen

El documento describe y analiza el financiamiento del sistema de salud chileno en el curso de los últimos veinte años. Con base en una perspectiva de análisis del rol social de los sistemas de salud, el análisis específico se realiza desde una perspectiva macro y microeconómica. Entre los resultados más importantes se puede mencionar la frangmentación del sistema entre el público y el privado, que se reproduce al interior de cada uno de ellos; la inequidad del financiamiento en proporción inversa a la población que atienden, la profundización de ambas con el GES y sus criterios correspondientes.

Palabras clave: sistema de salud, financiamiento, inequidad

Résumé

Le document décrit et analyse le financement du système de santé chilien au cours des vingt dernières années. Basé sur une perspective du rôle social du système de santé, l'analyse est faite à partir d'une macro et micro economic. Parmi les résultats les plus importants, on peut citer la fragmentation du système entre public et privé et au sein de chaque, l'inégalité des revenus entre les systèmes public et privé en proportion inverse de la population qu'ils desservent, de l'approfondissement de la segmentation par GES et de ses critères.

Gestão Pública da Saúde no Brasil: Perspectivas e Desafios da Parceria Público-Privada (PPP).

Ana Maria Malik et Mariana Baleeiro Martins Carrera, Brasil

La déclaration des liens d'intérêts par les Médecins Français (Fédération des Spécialités médicales).

Vincent Leroux et F. Brudon, France

SESSION 15 – Salle 2

Thème : Evaluación de la colaboración Público Privada en la gestión sanitaria en España
(1ère partie)

Session organisé par : Carlos Alberto Arenas, Alberto de Rosa Torner, Fidel Campoy Domenech et Mariano Guerrero Fernández, Departamento de salud de Orihuela, España

Objetivo. Poner en común la experiencia en colaboración público privada en la gestión sanitaria en España con especial énfasis en la Comunidad Valenciana donde se inicio la gestión de Hospitales y áreas sanitarias por empresas privadas, manteniendo la titularidad y las prestaciones públicas.

Explicar el modelo de colaboración y sus variaciones, nacimiento, evolución y desarrollo después de 15 años de funcionamiento, y en un momento como el actual en el que la colaboración público privada es valorada a nivel internacional como una alternativa para la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Analizar los últimos datos objetivos de dicha colaboración en costes y calidad asistencial.

Dicha sesión estaría coordinada por Carlos Alberto Arenas Díaz especialista en Salud Pública y gestor sanitario desde el año 1993, que ha realizado un estudio de costes comparados de los distintos Departamentos de Salud (Áreas sanitarias) la Comunidad Valenciana en España, para conocer las diferencias de costes de los mismos según tipo de Departamento.

Dicho estudio está aceptado para su publicación en el próximo número de la Revista de la Sociedad Española de Directivos de la Salud que saldrá en junio de 2013.

Los participantes confirmados que acudirían a dicha sesión y sus intervenciones/comunicaciones serían:

1. El propio **Carlos Alberto Arenas**, actual Gerente del Departamento de salud de Orihuela (Alicante, España) de gestión pública, que expondrá los resultados del estudio de costes comparativos entre los Departamentos públicos de gestión directa pública y los públicos de gestión privada. Expondrá también los datos de la auditorías públicas sobre estos centros de gestión privada y sus resultados en el ranking de calidad que hace la Agencia Valenciana de Salud con 118 indicadores.

2. **Alberto de Rosa Torner**. Director General del Grupo Ribera Salud. Fue director gerente durante 9 años del primer Hospital Público de gestión privada que se abrió en España hace 14 años: el famoso hospital de La Ribera, en Alzira, que da nombre al "Modelo Alzira". Ribera Salud es el grupo líder en el modelo de colaboración público privada en sanidad y se dedica exclusivamente a la gestión sanitaria de centros públicos. El Grupo gestiona los Departamentos de Salud de Torrevieja y Vinalopo en la Comunidad Valenciana y el Laboratorio Clínico Central de la Comunidad de Madrid. Participa como socio minoritario en los Dptos. de Salud de Alzira y Denia en la C.Valenciana y hasta diciembre de 2012 ha gestionado el Hospital de Torrejón en Madrid y ha participado en el Hospital de Manises en Valencia. Hablará sobre el modelo de Concesiones administrativas de la C. Valenciana y sus características particulares como son la limitación al lucro o el compromiso anual de inversión mínima de la empresa. Como se gestiona y su desarrollo en España.

3. **Fidel Campoy Domenech**. Es Director General de Desarrollo Corporativo del Grupo DKV en España, anteriormente desde 1997 fue Director General de Salud y Áreas Técnicas del mismo Grupo. Este grupo gestiona el Departamento de Salud de Denia en la Comunidad Valenciana. Fidel Campoy es un gestor sanitario de gran prestigio en España, anteriormente gerenció hospitales públicos en España y fue socio fundador del Proyecto SIGNO del Ministerio de Sanidad y Consumo y auditor docente del mismo.

Hablará de la colaboración público privada desde los aspectos de la calidad asistencial, el interés que tiene para grupos sanitarios internacionales, su expansión en Europa y las perspectivas de futuro.

4. **Mariano Guerrero Fernández**. Es Director de Planificación y Desarrollo del grupo Ribera Salud y Secretario de SEDISA la Sociedad Española de Directivos de la Salud. Gestor de gran recorrido y prestigio en España, ha gerenciado algunos de los Hospitales más grandes e importantes de España. Hablará de las reformas que desde el punto de vista de SEDISA se están dando en los sistemas de salud europeos y el papel de la Dependencia la Cronicidad y paciente activo, la promoción de la salud y los autocuidados en el modelo de colaboración público privado implantado con pago caputivo. Explicará como la colaboración público privada se implica en estos aspectos en nuestro entorno ya que al cobrar las empresas por población y no por procesos (pago caputivo), están incentivados a mantener a su población lo más sanos posibles.

Desarrollo de la sesión: La sesión incluirá una ponencia/comunicación de 15-20 minutos de cada uno de los ponentes para enmarcar su parte del tema y exponer datos y una posterior discusión entre el auditorio y los ponentes al ser un asunto que despierta interés, controversia y suspicacia entre muchos de los estudiosos de los sistemas de salud. Creemos que será muy enriquecedor para el auditorio conocer los datos de primera mano por parte de los actores y auditores del modelo.

Eficiencia de las concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana.

Carlos Alberto Arenas, España

SESSION 16 – Salle 3

11:30 – 13:00

Thème : Maladies chroniques : études épidémiologiques

Grippe, maladies chroniques et seniors. Résultats d'une étude rétrospective menée en France de 2003 à 2013.

Anne Mosnier, Isabelle Daviaud, Valette Martineb, Vincent Enouf et Jean-Marie Cohen, France

CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME. La grippe est une préoccupation de Santé Publique. Maladie fréquente et à fort potentiel épidémique (voire pandémique), elle est à l'origine d'une morbidité importante et une épidémie de grippe peut toucher plusieurs millions de personnes en France.

La grippe peut être particulièrement grave pour les personnes dites « à risque » (patients porteurs de certaines maladies chroniques, patients de 65 ans et plus) dont la mortalité par grippe est loin d'être négligeable. Cet accroissement de morbidité/mortalité sous-tend la politique vaccinale antigrippale ciblant, en France, ces populations fragilisées.

De plus, chez les personnes âgées ou immunodéprimées, le tableau clinique initial de grippe peut être très fruste, rendant le diagnostic difficile.

En France, le Réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (Réseau des GROG), réseau d'alerte et de détection précoce des épidémies de grippe, participe depuis 1984 à la surveillance de la grippe. Ses données reposent

principalement sur le travail de recueil de soignants décrivant l'intensité de leur activité et faisant des prélèvements rhinopharyngés chez les patients grippés. Tous les prélèvements virologiques sont envoyés aux laboratoires membres du réseau pour recherche du virus grippal et sont accompagnés d'une description clinique précise du patient prélevé.

OBJECTIF. L'objectif principal de notre étude est de décrire l'impact et les caractéristiques de la grippe dans la population à risque de forme grave de cette maladie, au cours des dix derniers hivers, en France métropolitaine.

MÉTHODES

Type d'étude. Etude observationnelle rétrospective.

Recueil des données. Les données proviennent de la base de données « Vircases », outil créé par Open Rome dans le cadre d'un partenariat avec le Réseau des GROG. Depuis la saison 2003-2004, les fiches cliniques standardisées utilisées pour la surveillance GROG sont saisies dans cette base qui contient également les résultats de l'analyse virologique.

Un travail d'analyse rétrospective de la base Vircases (Etude Influenza B in Vircases Database-IBVD) est mené depuis fin 2012. Les données de la saison 2012-2013 sont en cours de validation pour y être ajoutées.

Période d'étude. Saisons 2003-2004 à 2012-2013 incluses, soit 10 saisons de surveillance de la grippe.

Critères d'inclusion. Tout patient, quels que soient son âge et son sexe, consultant un médecin généraliste ou un pédiatre du Réseau des GROG et ayant fait l'objet d'un prélèvement nasal ou rhinopharyngé confirmant la présence du virus grippal.

Analyse. Dans le cadre de cette présentation, une ré-analyse de la base sera effectuée pour s'intéresser aux patients âgés de 65 ans et plus et, pour la période débutant en 2009, aux patients plus jeunes porteurs de maladies chroniques à risque de grippe grave.

RÉSULTATS ET DISCUSSIONS. La période 2003-2013 a été marquée par la vague pandémique A(H1N1)pdm09 et par 9 épidémies de grippe saisonnière.

Malgré une couverture vaccinale des plus de 65 ans habituellement proche de 70%, l'impact estimé de ces épidémies dans cette tranche d'âge a été non négligeable et très variable [120 000-820 000 cas] selon le virus dominant. Au total entre 2003 et 2012, 4.5 millions de personnes âgées ont été touchées, soit plus d'un senior sur deux.

L'impact de la circulation des virus grippaux dans cette tranche d'âge varie selon les saisons en fonction des différents types/sous-types et de l'adéquation vaccinale. D'une façon générale, les virus A(H3N2) entraînent l'impact le plus fort.

L'analyse en cours s'intéressera plus particulièrement aux caractéristiques cliniques, au statut vaccinal et à la présence d'une complication d'emblée.

Elle s'appliquera également au sous-groupe des personnes de moins de 65 ans porteuses de facteurs de risque. Quelques éléments de comparaison avec les patients non à risque seront présentés.

APPORTS DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT AUX PRATIQUES. En décrivant les particularités de la grippe chez les personnes fragiles devant cette maladie, notre travail apporte aux soignants des éléments précieux d'aide au diagnostic et favorise ainsi une meilleure prise en charge de ces patients.

Notre étude montre aussi que, malgré une politique vaccinale visant à les protéger, à chaque saison grippale, les personnes de plus de 65 ans et les autres personnes à risque sont concernées par la grippe. Cette information et son suivi régulier doivent être pris en compte par les décideurs.

Les problèmes d'alcool chez les adultes en France : évolution des prévalences de 2002 à 2010 et des caractéristiques des personnes,

Laure Com-Ruelle et Nicolas Célant, France

Les objectifs de la recherche. Les objectifs de cette recherche sont de mesurer la prévalence des différents comportements de consommation d'alcool chez les adultes en France en 2010 en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population et d'étudier l'évolution depuis 2002.

Le contexte et la description du problème. Malgré la forte diminution *per capita* de la consommation d'alcool sur le territoire français depuis plus de 50 ans, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs, du fait de la baisse de la consommation de vin. Mais bénéficie-t-elle à toutes les catégories de Français de la même façon ?

Les matériels employés. L'analyse s'appuie sur les données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES auprès des ménages ordinaires. L'ESPS est une enquête biennale représentative de 95 % des personnes vivant en métropole. Elle informe sur les caractéristiques socioéconomiques, la protection sociale, l'état de santé et la consommation de soins médicaux. En 2010, sur 22 850 individus enquêtés, 10 684 adultes ont pu être classés dans un profil d'alcoolisation (questionnaire santé valide). En 2002, ces effectifs étaient respectivement de 20 830 et 10 073.

Les méthodes. Les prévalences des risques liés à l'alcool sont mesurées à partir du test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) développé par l'OMS relatif aux consommations sur les douze derniers mois. Une typologie en différents profils d'alcoolisation est construite, distinguant non-consommateurs, consommateurs dits sans risque et, parmi les buveurs excessifs, consommateurs à risque ponctuel et à risque chronique. Une analyse descriptive est menée selon les caractéristiques socioéconomiques des personnes en 2010. Les mêmes données concernant chaque année paire depuis 2002 permettent d'étudier l'évolution en huit ans et d'en déduire les facteurs déterminants.

Les résultats. Les hommes sont globalement 2,6 fois plus concernés par le risque d'alcoolisation excessive que les femmes. Le risque ponctuel diminue fortement lorsque l'âge croît. Le risque chronique culmine aux âges intermédiaires. Hommes ou femmes, le risque ponctuel touche particulièrement les cadres et professions intellectuelles (36,1 % vs 22,6 %) et les professions intermédiaires (36,7 % vs 20,2 %). Le risque chronique atteint plus souvent les hommes employés de commerce (19,5 %) ou agriculteurs (17,3 %) et les femmes artisanes commerçantes (6,4 %) ou cadres et professions intellectuelles (4,7 %). Les hommes chômeurs sont en troisième position pour le risque ponctuel (26,6 %) mais en tête pour le risque chronique (18,7 %), les chômeuses présentent surtout un risque ponctuel (18,2 %).

De 2002 à 2010, derrière une relative stabilité globale se cachent des disparités d'évolution, notamment un accroissement marqué des usages à risque ponctuel chez les femmes jeunes et dans certaines classes sociales.

La discussion. Ces résultats présentent les limites classiques liées aux enquêtes en population générale de type déclaratif. Sur des données aussi sensibles, les réponses peuvent être sujettes à plus ou moins de conscience et/ou de sincérité de la part des personnes interrogées au fil du temps. Les résultats du Baromètre santé de l'INPES pour les années 2005 et 2010 sont proches mais fournissent des prévalences légèrement supérieures « mécaniquement » car les trois questions de l'AUDIT-C y sont répétées par type d'alcool au sein d'un module alcool comportant en outre d'autres questions sur le sujet. La complémentarité des types d'enquête, notamment cliniques, est souhaitable pour aider à proposer des politiques de santé efficaces.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. L'indicateur de profils d'alcoolisation présenté ici est essentiel pour l'interprétation des comportements de santé et mieux cibler les campagnes de prévention des problèmes d'alcool, facteur de risque sanitaire et social. L'ESPS est la seule enquête en population générale française représentative de la population qui mesure ces prévalences tous les deux ans en respectant strictement les conditions de validation de l'AUDIT-C et qui, en plus de l'âge et du sexe, permet l'analyse selon les caractéristiques socioéconomiques. Les évolutions globales de 2002 à 2010 sont plutôt fluctuantes mais les résultats détaillés révèlent quelques évolutions marquées pour les étudiants et les femmes, le comportement des plus jeunes adultes et dans certaines classes sociales où les risques, surtout ponctuels, augmentent. Ils confirment une plus forte probabilité de non consommation dans les catégories peu aisées.

Gestão das Doenças Crónica e Incapacitantes relacionadas com o Envelhecimento da População, ao Nível Local.

Maria João Barrios, Portugal

O envelhecimento afirma-se como problema social desde os anos 90, passando a ocupar um lugar na agenda pública europeia, perante os desafios inerentes às alterações demográficas e, entre outros factores, o agravamento dos custos com cuidados de saúde. Na verdade, os europeus conquistaram vidas mais longas e é cada vez maior o número de pessoas que envelhece em boas condições de saúde física e mental. Contudo, o alongamento do tempo de vida acarreta também necessidades em termos de serviços de saúde, perante o aumento de doenças crónicas e incapacitantes, relacionadas com o aumento da proporção de pessoas com 80 e mais anos.

O envelhecimento força, assim, a que as políticas se debatam com a urgência de soluções adequadas às exigências agravadas pela crescente sobrevivência das gerações mais velhas, a todos os níveis de acção pública mas com ênfase cada vez maior das intervenções locais, mais próximas das pessoas. Trata-se de um campo de atuação que dá prioridade às implicações sociais, individuais e políticas, em termos de desenvolvimento de serviços determinados pelas necessidades dos mais velhos, particularmente em termos de saúde física e psicológica, evitando ou aliviando as experiências de morbilidade, e respondendo a exigências de prestação de cuidados de saúde e recursos de gestão das doenças.

As políticas de velhice precisam encontrar os mecanismos para garantir a solidariedade intergeracional, combater a exclusão social e providenciar a cidadania em idades avançadas. Para tal, devem desenvolver estratégias promotoras de saúde e bem-estar ao longo da vida, justificadas pela vulnerabilidade acrescida a défices funcionais ou cognitivos e igualmente medidas que proporcionem segurança económica na velhice.

Esta comunicação objetiva situar as necessidades de recursos de saúde que se avizinham para a população portuguesa e localizar a responsabilidade de intervenção ao longo dos níveis de hierarquização do "poder". Trata-se de uma abordagem às orientações fornecidas pelas organizações supranacionais (OMS e Comissão Europeia) relacionadas com o "envelhecimento ativo", e que prossegue com a análise das medidas ao nível dos serviços de administração central e local do Estado Português, da Sociedade Civil reflectida em organizações e IPSS's, dos indivíduos e famílias. Esta análise será enriquecida por referência ao exemplo do Município de Coruche (Portugal), relativo a um estudo em desenvolvimento.

Daremos conta dos serviços sociais e de saúde existentes, considerando a relação com o meio ambiente, serviços educacionais e culturais, tendo por base as necessidades e aspirações identificadas pela população 65+ e as recomendações transnacionais para o envelhecimento saudável, ativo e numa perspectiva de curso de vida. Com esta investigação pretende conhecer-se a evidência e localização dos recursos e responsabilidades de intervenção que, cruzada com o conhecimento das necessidades e aspirações da população 65+, poderá contribuir para orientação das políticas e da utilização dos dispositivos por parte dos Municípios mais velhos.

SESSION 17 – Salle 4

11:30 – 13:00

Thème : Conditions accès aux soins 2

A construção do acesso às ações e serviços de saúde: resultados de uma experiência concreta no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Washington Luiz Abreu de Jesus, Chaider Gonçalves Andrade; Marluce Maria Araújo Assis; Jorge José Santos Pereira Solla et Suzana Cristina Silva Ribeiro, Brasil

Introdução: A produção social do “acesso” às ações e serviços de saúde vem sendo construída com evidências sobre os planos da equidade, integralidade e da autonomia dos sujeitos (dirigentes, trabalhadores, usuários, famílias e grupos sociais) e se conformando em diversas dimensões, dentre as quais se destacam a econômico-social, a político-gerencial, a tecnoassistencial e a simbólico-subjetiva. Esses planos, se considerarmos o aporte teórico do Enfoque Estratégico Situacional, podem ser determinados pelas regras básicas de constituição dos processos de gestão e atenção à saúde e pelos fluxos das linhas do cuidado, nos âmbitos macro, meso e micro políticos.

Objetivo: Este trabalho pretende analisar, com base nesse referencial, o processo de construção do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, considerando-se o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, no período 2007-2012.

Metodologia: Para este fim, foram analisados documentos institucionais de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, construídos no período, que são de acesso público. Dados secundários dos sistemas nacionais de informação em saúde foram analisados para consolidar as evidências e também se utilizou como fontes complementares textos jornalísticos disponibilizados pela assessoria de comunicação social, destacando posicionamentos da instituição e da mídia impressa no período.

Resultados e discussão: Tendo em vista a “garantia do acesso às ações e serviços de saúde com equidade e integralidade”, explicitada no Plano Estadual de Saúde, evidenciou-se uma ampliação da disponibilidade e da cobertura de ações e serviços de saúde nos diversos níveis e tipologias (atenção básica e atenção especializada; vigilância em saúde; assistência farmacêutica, entre outros.), com descentralização dos mesmos e significativos investimentos financeiros para essa ampliação nas diversas regiões de saúde – mais de R\$ 18 bilhões no período, com percentual médio anual de 13,26% dos recursos do tesouro estadual. Mesmo, considerando os esforços empreendidos na garantia do acesso da população nos espaços mais longínquos do território, ainda não se alcançou cobertura satisfatória de serviços nos diversos níveis de atenção. Existem estrangulamentos principalmente no acesso à média e alta complexidade, fato que vem sendo enfrentado com investimentos na parceria com organizações sociais e com a iniciativa privada; ainda que, por tratar-se de questão polêmica, não haja consenso neste sentido entre aqueles que defendem um sistema público, regulado pelo Estado. Destacam-se, entretanto, os avanços na disponibilidade e cobertura da atenção primária, vigilância em saúde e assistência farmacêutica, bem como a ampliação da infraestrutura hospitalar e do acesso a serviços de urgência e emergência, ainda que exista um desgaste desses serviços perante a opinião pública em virtude da baixa disponibilidade em algumas regiões do estado e também por conta de dificuldades na organização das “portas de entrada” dos mesmos para adequado acolhimento às demandas da população. O reconhecimento das barreiras e obstáculos vem impulsionando os gestores do Estado e dos municípios na reorganização do sistema, num intenso processo de negociação em torno da garantia regionalizada do acesso da população às ações e serviços de saúde, considerando, inclusive, a possibilidade de experimentar novas modalidades de gestão para os serviços públicos. Nesse sentido, vem sendo realizada ampliação da rede de saúde existente e sendo construídas novas “redes de cuidados”, cujos enfoques sejam as condições de saúde mais prevalentes e persistentes (morbimortalidade materna e infantil, e por doenças crônicas; transtornos mentais; situações de urgência e emergência e condições especiais de vida), numa compreensão de complementaridade aos cuidados primários; com fortalecimento da gestão democrática e participativa, modernização gerencial, gestão do trabalho e participação da sociedade.

Considerações finais: A construção do “acesso” às ações e serviços de saúde ainda é um desafio e garanti-lo nas dimensões da equidade e integralidade, um desafio ainda maior. Os avanços de uma experiência demonstram que é possível construí-lo, mas deixam muitas lições na caminhada, que contribuem principalmente em relação às práticas atuais,

mas também em relação ao estado da arte sobre o tema. Sem dúvida, a maior de todas elas é a consciência de que não é possível construir acesso sem considerar as regras dos processos de gestão e os fluxos de produção nas linhas de cuidado nos diferentes espaços políticos.

Estratégia saúde da família uma porta de entrada da produção do cuidado na busca da integralidade das ações e serviços de saúde?

Juliana Alves Leite Leal, Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves, Maria Angela Alves do Nascimento, Marluce Maria Araújo Assis et Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Brasil

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominado de Programa Saúde da família, criado no sentido de dar resolubilidade aos problemas de saúde dos indivíduos/usuários, leva em consideração o dispositivo integralidade por ter uma compreensão do conjunto de necessidade desses usuários, com a valorização da individualidade de cada um dos usuários, no sentido de superar os reducionismos e a fragmentação dos sujeitos. Para tal propósito, é interessante entender alguns outros dispositivos que o serviço de saúde poderá oferecer à comunidade como acessibilidade, vínculo, responsabilização e resolubilidade. A ESF foi instituída a principal porta de entrada do sistema de saúde, por ser o primeiro contato do usuário com serviço, pois deverá estabelecer-se como local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, facilitar os caminhos a serem percorridos no sistema para dar respostas àquela necessidade. Dessa maneira, a produção do cuidado na busca da Integralidade das ações durante o processo de trabalho é reflexo da responsabilização da equipe saúde da família por garantir o acesso a outros níveis de atenção e continuidade do cuidado, envolvendo inclusive os usuários na co-responsabilização pelo seu processo de saúde/doença. O **objetivo** deste estudo é caracterizar as ações de responsabilização na produção do cuidado enquanto “porta de entrada” do usuário da rede SUS utilizadas pela equipe saúde da família.

Metodologia: estudo com uma abordagem quantitativa. O cenário desta pesquisa foi o município de Feira de Santana/BA. O instrumento de coleta de dados foi um formulário construído com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT) (OPAS/BRASIL, 2006). Para implementar a pesquisa os pesquisadores atendeu questões como os princípios éticos sobre seres humanos: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, considerando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1999). Para isso, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinado em duas vias pelos participantes, autorizando a sua própria participação. Os sujeitos participantes deste estudo os usuários de saúde do PSF. O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de usuários do município de Feira de Santana, admitindo-se um erro máximo de 5% entre a proporção encontrada na amostra e a “verdadeira” proporção populacional, com nível de significância de 5%. Os critérios definidos para os usuários foram: maiores de 18 anos, frequentadores da unidade saúde da família há pelo menos seis meses, totalizando 257 usuários. Os dados coletados foram computados por meio do Programa de Estatística, Epidata, e posteriormente armazenados num banco de dados. O tratamento estatístico foi frequência absoluta e relativa.

Os **resultados** mostraram que 75,5% dos usuários procuram a unidade de saúde da família (USF) do bairro como porta de entrada para o serviço de saúde, sendo que 51% (131) não encontram dificuldade para o acesso à essa unidade e o tempo de vinculação dessa população é mais de três anos (79%), sendo que o atendimento de saúde mais procurado pelos usuários no PSF se refere à consulta médica (54,5%) e a demanda é maior que a oferta de serviço (49%). Dessa forma, infere-se que o PSF tem sido uma porta de entrada do usuário para a atenção primária de saúde. E o acolhimento, vínculo, responsabilização e outros dispositivos das tecnologias de saúde são os contribuidores da continuidade da procura do serviço da produção do cuidado. Vale ressaltar que as mulheres (59,1%) que mais utilizam os serviços da USF.

Conclusão: diante de tais resultados, conclui-se que a ESF é uma porta de entrada do usuário individual/coletivo caracterizada por um serviço de saúde fragmentado, pois tem como maior propósito as metas dos programas verticalizados, voltados para mulheres e crianças, deixando fugir o seu objetivo de assistir toda família. Enfim, apesar da ESF ser considerada uma das portas de entrada do usuário aos serviços de saúde, em particular na atenção básica ainda é centralizada no modelo centrado no profissional, desconsiderando o sujeito desse processo- o usuário, sendo assim a produção do cuidado no município de Feira de Santana/BA, ainda estar arraigado a antigas práticas assistenciais, apesar de “novos tempos” características do modelo de saúde com dicotomias individual/coletivo, cura/prevenção, hospital/atenção básica, desconsiderando-se a Integralidade da produção do cuidado.

Bajo acceso a medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas en condiciones de vulnerabilidad social en Colombia: ¿un problema de oportunidad a la cita médica de especialista?

Myriam Ruiz-Rodriguez, Veronika J Wirtz et Alvaro J Idrovo, Colombia

Colombia vive desde hace varias décadas problema de conflicto armado. La población en situación de desplazamiento forzoso se ubica en las zonas receptoras en la periferia de las grandes ciudades, generalmente en asentamientos urbanos en donde viven personas en situación de pobreza extrema. La mayoría de los estudios reportan que estas poblaciones tienen bajas coberturas en servicios de salud, entre ellas el acceso a medicamentos. Específicamente, un estudio

cuantitativo realizado en cuatro municipios del departamento de Santander, Colombia, reportó que el acceso a medicamentos cuando se tenía una enfermedad crónica era muy bajo y el seguro de salud no aumentó la probabilidad de mejorar este acceso. No hay estudios cualitativos que ayuden a comprender el por qué, a pesar de tener seguro de salud, estas personas tienen tan bajo acceso a medicamentos.

Objetivo: Examinar el acceso efectivo a medicamentos desde la perspectiva de pacientes con enfermedades crónicas que viven en zonas de alta vulnerabilidad social en Bucaramanga, Colombia.

Metodología. Se realizó un estudio cualitativo desde una perspectiva crítico-interpretativa. Utilizando un muestreo teórico se entrevistaron 15 personas enfermas que residían en asentamientos urbanos de Bucaramanga, en donde convivía población desplazada y no desplazada por el conflicto armado. El número de participantes se definió de acuerdo al principio de saturación teórica. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas entre finales del 2008 y comienzos del 2009. Se utilizó una guía de entrevista que exploró las siguientes temáticas: experiencia del padecimiento, búsqueda y acceso a consulta médica y a medicamentos, barreras al acceso. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y se hizo un análisis textual y línea por línea. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Industrial de Santander.

Resultados. La mayoría de los enfermos eran mujeres con edades comprendidas entre 40 y 60 años. Del total, la mayoría trabajaban en empleos informales. El 85% tenían seguro de salud subsidiado por el Estado. Las condiciones crónicas que presentaron fueron: hipertensión arterial, artritis, epilepsia e insuficiencia renal. Dos categorías dan cuenta del acceso a medicamentos: *“la falta de oportunidad para la cita del control con médico especialista”* y la *“falta de sensibilidad del sistema a las necesidades de los usuarios”*.

Con respecto a la *oportunidad para la cita del control con médico especialista* la mayoría de los entrevistados manifiestan que solamente tuvo acceso a medicamentos una vez el médico especialista se los ha ordenado. Las situaciones que impiden que la atención médica por especialista sea recibida en forma oportuna están dadas por la dificultad para obtener una cita. La mayoría de medicamentos para su problema de salud corresponden a medicamentos del plan de atención de segundo o tercer nivel de atención que son formuladas por tres meses; para poder obtener nuevamente el medicamento, ellos deben sacar cita nuevamente con el médico especialista. Los entrevistados reportaron hasta tres meses de espera para obtener la cita.

La causa principal para no obtener una cita eran las listas de espera en la institución pública de tercer nivel de atención. Este aspecto fue tan crítico que algunos pacientes cuando se les terminaba el medicamento, al no poder conseguir cita con especialista, o suspendían el tratamiento hasta obtener la cita, u optaban por visitar a un médico general para que les formulara un medicamento que reemplazara el que era formulado por el médico especialista.

La categoría *“falta de sensibilidad del sistema de salud”* hace referencia a que las instituciones de salud del gobierno, son poco permeables a las necesidades no médicas de las personas que consultan. Ellos tienen que acudir varias veces a la institución de salud a solicitar la cita, lo cual acarrea altos costos, pues para hacerlo deben dejar de trabajar, a veces hasta tres días consecutivos. A pesar de quejarse en la institución de salud y en la aseguradora para que se les solucione el acceso, no son escuchados; las aseguradoras mantienen los contratos con las instituciones de salud pública a pesar de las fallas en la oportunidad. La mayoría de ellos perciben que esta es una situación que se presenta no sólo porque ellos son asegurados del régimen subsidiado por el Estado, sino porque son pobres.

Conclusión. Los hallazgos del estudio manifiestan que la falta de acceso a los medicamentos está dado más por aspectos relacionados con la organización del sistema de atención por especialistas que por la disponibilidad de éstos en el plan de beneficios. La suspensión del tratamiento farmacológico ocasiona subsecuentes efectos negativos para el control de la enfermedad y el desencadenamiento de complicaciones y co-morbilidad. El sistema de salud no es sensible a las necesidades no médicas de los pacientes, lo cual afecta el acceso a medicamentos en condiciones de desplazamiento y pobreza.

Horaire: 09:00 - 12:30

SESSION SPÉCIALE DE CONSULTANTS (1ème partie et 2ème partie) – 09:00 - 12:30 Salle 5

Patient, Personnel et Performance financière, comment équilibrer les 3 angles de ce triangle?

Anne-Sophie Rubini, Kenneth Bonheure, Anne-Sophie Marsin, McKinsey&Company et les Cliniques Universitaires Saint-Luc, Belgique

Mythes et réalités de la prise en charge des maladies chroniques.

Joan Barrubés, Antares Consulting, España

Le projet institutionnel des Marronniers dans le contexte de la réforme de la santé mentale en Belgique

Benjamin Delaunoit, M.D. médecin-directeur du Centre Régional Psychiatrique les Marronniers
François Burhin, MBA, directeur Efficiences, facilitateur du projet institutionnel.

Horaire : 11:00 – 12:30

SESSION SPÉCIALE – Salle 1

Réunion organisée par Ennio Ecco

SESSION 18 – Salle 2

Thème : Evaluación de la colaboración Público Privada en la gestión sanitaria en España (2ème partie)

Session organisé par : Carlos Alberto Arenas, Alberto de Rosa Torner, Fidel Campoy Domenech et Mariano Guerrero Fernández, Departamento de salud de Orihuela, España

El papel de la enfermería en los modelos de colaboración público privada.

José David Zafrilla, España

Modelo Multihospital de compartición de servicios entre dos Departamentos de Salud públicos de gestión privada en el sur de Alicante (Comunidad Valenciana).

Alberto de Rosa Torner, España

SESSION 19 – Salle 3

Thème : Stratégies de prévention 2

Projeto só a alegria vai contagiar no carnaval carioca: Estratégia de sucesso na prevenção do HIV/Aids.

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Vinicius Rodrigues Fernandes da Fonte, Thelma Spindola, Cristiane Maria Amorim Costa, Elizabeth Rose Costa Martins et Carina D'Onofrio Prince Pinheiro, Brasil

Contexto e descrição do problema: Apesar dos investimentos em prevenção, o Brasil ainda vivencia um descontrole da infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) em alguns grupos populacionais, reforçando a importância de se trabalhar os contextos de vulnerabilidade social e programática que condicionam comportamentos de maior risco. O Carnaval é um evento tradicionalmente marcado por características culturais de festa profana, marcado por forte apelo à sensualidade. No município do Rio de Janeiro(RJ) - Brasil, o auge das comemorações ocorre no Sambódromo, local construído e destinado para o desfile das diversas agremiações de escolas de samba, evento que atrai inúmeros turistas nacionais e internacionais, proferindo a festa a característica de um dos maiores eventos festivos do mundo. Com relação às agremiações, essas surgiram e se encontram em bairros que vivenciam, em sua maioria, situações de risco social com limitado acesso à educação e saúde. Considerando a dimensão e as características culturais e sociais das pessoas que participam desse evento, em 1991, foi criado o projeto “Só a alegria vai contagiar: O samba da prevenção vai pegar neste carnaval”, com objetivo de atender as necessidades de informação e insumos de prevenção para a população residente no Rio de Janeiro, na época pré-carnaval e a população de trabalhadores, foliões e expectadores durante o carnaval. O Projeto nasceu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e é desenvolvido em parceria com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde RJ, e, posteriormente, com o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde - Brasil. Conta, ainda, com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Liga Independente das Escolas de Samba (LIESA-RJ), Universidade Veiga de Almeida (UVA) e diversas Organizações Não Governamentais (ONG).

Objetivo da investigação: Analisar as contribuições do referido projeto para a sociedade durante seus 22 anos de atuação.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo documental, que utilizou todos os relatórios submetidos e disponibilizados pela home Page do Departamento de Extensão da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Resultados e discussão: Durante esses 22 anos mais de 500 multiplicadores foram treinados e preparados para atuarem como prestadores de informação e educadores de prevenção para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e Aids, conduzindo atividades participativas e dinâmicas na Cidade do Samba (“Indústria do Carnaval”), nos ensaios das Escolas de Samba e, também, em comunidades onde vivem. Durante o carnaval no Sambódromo, são distribuídos materiais informativos (Folders e ventarolas), adereços (porta camisinha, bandanas e adesivos) e preservativos (masculinos e femininos), sendo no carnaval passado (2012) distribuídos cerca de 600 mil aos foliões, expectadores e trabalhadores. As atividades do projeto incluem, também, a realização de uma pesquisa sobre conhecimentos, prevenção e a transmissão do HIV/Aids, a fim de avaliar e justificar a ação do projeto ao longo dos anos.

Contribuições: A parceria com a Liga das Escolas de Samba e representantes das agremiações é fundamental para garantir o acesso e atuação dos multiplicadores. O evento conta com a cobertura da mídia e maciça participação de artistas de grande visibilidade social, que participam e contribuem para sensibilização do público quanto à temática. Estima-se que as ações pré-carnaval atingem cerca de 400 mil pessoas e durante o carnaval envolva 100 mil pessoas a cada ano. Perspectivas: O projeto prosseguirá atuando na prevenção ao DST/HIV/Aids no carnaval carioca. Os dados da pesquisa são analisados e publicados em periódicos e os relatórios são encaminhados aos órgãos de saúde competentes, contribuindo para aprimoramento das campanhas de prevenção.

Deteção de doença falciforme/traços falciformes na triagem neonatal Numa comunidade Quilombola da Bahia.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Ludmilla Oliveira Souza, Pedro Nascimento Prates Santos et Juliana Alves Leite Leal, Brasil

A doença falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil, ocorrendo, frequentemente, entre afrodescendentes. Afeta a hemoglobina (Hb) normal, originando uma hemoglobina anormal denominada S (HbS). A hemoglobina S originou-se na África como forma do organismo humano diminuir as infecções provocadas pela malária. Seu surgimento no Brasil ocorreu no período da escravidão (BRASIL, 2007). No Brasil, a distribuição do gene S é bastante heterogênea, dependendo do grau de miscigenação da população, e, conseqüentemente, a prevalência de heterozigotos para a Hb S é maior nas regiões norte e nordeste (6% a 10%). A doença falciforme manifesta-se em indivíduos homozigóticos para a hemoglobina S e em combinação com outras hemoglobinas anormais, o que pode resultar em doença falcêmica com diversos graus de gravidade (CANÇADO; JESUS, 2007). As doenças falciformes mais frequentes são anemia falciforme (HbSS), S/Beta Talassemia e doenças SC, SD, SE (BRASIL, 2006). Os heterozigotos (Hb AS) são classificados como portadores de traço falciforme e são geralmente assintomáticos. Entretanto, a transmissão gênica da doença falciforme faz com que o cruzamento entre portadores de traço falcêmico entre si e de traço falcêmico com portadores de traço de outra hemoglobinopatia resulte em 25% de chances de nascimento de uma criança com a doença e em 50% de chances de nascerem crianças portadoras do traço. O tempo e a qualidade de vida das pessoas com a doença dependem do diagnóstico precoce, da atenção integral e do envolvimento da família com o conhecimento sobre a doença e a prática do tratamento. A doença falciforme não tem cura, mas existem tratamentos que dão ao doente o direito a uma vida com qualidade e proporcionam à família conforto e segurança. A sobrevivência de crianças com doença falciforme melhorou consideravelmente ao longo das últimas décadas devido algumas medidas, dentre elas, a triagem neonatal, institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), com testes para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito (BRASIL, 1992), com a inclusão obrigatória da pesquisa de hemoglobinopatias (teste do pezinho), pois permite a identificação precoce dos sujeitos acometidos pela doença, a triagem para as hemoglobinopatias (BRASIL, 2001) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2005), para assistir adequadamente os portadores de hemoglobinopatias por meio de uma rede organizada capaz de fornecer o tratamento completo para as pessoas acometidas e o aconselhamento genético especializado para um grande número de famílias portadoras do traço falcêmico no sentido de proporcionar qualidade de vida mesmo com as limitações da doença (RAMALHO; MAGNA; PAIVA; SILVA, 2003).

Objetivo: detectar a ocorrência de casos homozigotos e heterozigotos para doença falciforme a partir da realização do “Teste do Pezinho” realizados numa USF rurícola quilombola, distrito de Matinha.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo descritivo, realizado numa Unidade de Saúde da Família situada em uma comunidade negra rural, quilombola. Os dados foram coletados a partir de 493 exames de triagem neonatal e 54 testes confirmatórios, realizados na população de recém nascidos e de pais assistidos na referida unidade de saúde, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2010. Os resultados foram analisados pelo método estatístico (frequência absoluta). Foram detectadas 64 crianças com alteração hemoglobínica, das quais duas apresentaram a forma homozigótica da doença (HbSS) chamada de anemia falciforme, uma apresentou dupla heterozigose chamada de hemoglobinopatia SC, e 61 apresentaram traço falciforme (heterozigose). Dos 54 testes confirmatórios realizados, nove pais apresentaram padrão hemoglobínico alterado, sendo sete deles com traços falciformes do tipo AS, um caso do tipo AC e um caso de anemia falciforme. Nas mães foram detectados 20 casos, sendo 10 traços falciformes AS, nove traços do tipo AC e uma hemoglobinopatia do tipo SC. Os resultados revelaram que essa população é consideravelmente vulnerável à doença. Desse modo, torna-se importante a realização na comunidade de ações educativas capazes de orientar famílias e população afetada quanto a evolução da doença e às medidas profiláticas capazes de reduzir de maneira significativa as mortes associadas a esta patologia.

O uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens, frequentadores de boates gays, no Município do Rio de Janeiro, Brasil.

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte, Carina D’Onofrio Prince Pinheiro, Nathália de Souza Barcellos et Cristiane Maria Amorim Costa, Brasil

Contexto: O aumento das infecções pelo HIV no Brasil entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) na faixa etária de 15 a 24 anos e a baixa utilização do preservativo, suscitou como problema a ser estudado: Quais são os fatores e condições que favorecem ou não a utilização do preservativo entre este grupo?

Objetivo: Descrever esses fatores e condições entre os HSH, adultos jovens, frequentadores de boates destinadas ao público de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT).

Método: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza quantitativa, sendo utilizada a amostra por conveniência. O cenário do estudo contemplou sete boates LGBT no Município do Rio de Janeiro - Brasil, selecionadas através de um guia de boates gay. Os sujeitos são os frequentadores HSH na faixa etária entre 18 a 24 anos que relataram manter ou terem se relacionado sexualmente com homens, a idade mínima estabelecida está associada aos aspectos legais do país, onde não é permitida a entrada de menores de 18 anos em boates. A coleta de dados ocorreu durante o mês de outubro de 2012 seguindo a programação das casas noturnas. Foram entrevistados 220 sujeitos utilizando um questionário anônimo contendo 19 perguntas. A análise dos dados foi realizada através do programa EpiInfo.

Resultados: A maioria dos entrevistados relata o uso de preservativo nas relações sexuais anal e vaginal, sendo o fator associado à prevenção de doenças. Quanto a não utilização do preservativo no sexo oral, primeira relação e última relação sexual ocorre devido ao incômodo, falta de experiência/conhecimento e a confiança no parceiro respectivamente.

Conclusão: A população estudada possui consciência do uso do preservativo para prevenção de doenças, contudo vulnerabilidades sociais e programáticas conduzem a comportamentos de risco quando abandonam ou não utilizam preservativo pela confiança no parceiro ou falta de conhecimento e experiência. É necessária a continuidade de ações preventivas com material informativo, principalmente nas escolas, considerando a vulnerabilidade desse grupo.

SESSION 20 – Salle 4

Thème : Pilotage politique et administratif des réseaux de santé

Analise de coerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão em um município Baiano.

Silvone Santa Bárbara et Maiton Roriz Sógliã, Brasil

Introdução: O objeto deste estudo é a coerência interna entre o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão de um município, o qual remete ao seguinte objetivo: analisar a coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão em um município baiano no ano de 2010. Tendo a seguinte pergunta como questão norteadora para desenvolvimento do estudo: Como se dá a coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão de um município da Bahia no ano de 2010? A análise de coerência permite identificar proposições inconsistentes entre os documentos analisados. **Metodologia:** Trata-se de uma análise documental com enfoque qualitativo, que analisa coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão do ano de 2010. O estudo foi realizado na maior cidade do interior da Bahia, Brasil. Os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde 2006 a 2010 e o Relatório Anual de Gestão de 2010. Para análise dos dados foi realizada análise de conteúdo do tipo temática. É um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia”. **Resultados e discussão:** A pesquisa demonstrou que há uma incoerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão, visto que o que foi planejado no plano municipal de saúde em sua maioria não reflete com o que foi exposto no relatório de gestão, com divulgação de dados pontuais e quantitativos que nos impede inferir se as ações foram implementadas. Os resultados dessa análise aponta um possível despreparo dos gestores no que diz respeito ao planejamento e construção de tais instrumentos de gestão. É possível perceber de acordo com essa análise, que as intenções propostas no Plano Municipal de Saúde não são explicitadas no relatório de gestão, ou seja, não é apresentado de forma específica se as ações foram realizadas de modo a elucidar os avanços, as principais dificuldades e quais são as possibilidades de intervenções para a correção de rumos. Algumas possibilidades podem traduzir o descompasso entre os documentos analisados: qualificação incipiente dos gestores e trabalhadores que participaram da confecção do plano municipal de saúde e o relatório de gestão; intencionalidade dos gestores em não considerar o planejamento como uma ação estratégica; opção pelo planejamento normativo em detrimento do planejamento estratégico. **Considerações finais:** O estudo revela-se pouco explorado dado que analisou a coerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão de um município baiano. O Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão são instrumentos que podem subsidiar a tomada de decisão do gestor municipal, no entanto, a partir desta análise, observa-se que esses podem ter sido elaborados para cumprir um requisito legal e não como um instrumento de gestão.

Historias de inovação na atenção primaria à saúde no sistema único brasileiro.

Erica Menezes, Helena Eri Shimizu et Magda Scherer, Brasil

Este trabalho tem por objetivo analisar a inovação nas formas de produzir saúde na Atenção Primária de Saúde - APS no Brasil, a partir das experiências relatadas por trabalhadores, gestores e apoiadores integrantes da Rede HumanizaSUS (RHS). Considera-se inovação toda prática que busque superar o modelo de atenção à saúde medicalizante, fragmentado,

com foco na especialização, no consumo de procedimentos e exames, centrado na figura do profissional médico. A inovação não seria sinônimo de ineditismo, mas algo inerente ao cotidiano das práticas de saúde, onde gestores, trabalhadores e usuários, comprometidos com a defesa da vida e ampliação da autonomia dos sujeitos do cuidado, buscariam novas formas de atuar. Nesse sentido, precisariam ser criativos e inovar para responder às necessidades e dificuldades nem sempre previsíveis.

No Brasil, a mudança do modelo de atenção centrado na APS é diretriz estratégica para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é presente em todo o território nacional. Os trabalhadores da APS devem estar preparados para dar resposta a uma grande variedade de necessidades de saúde, fazendo uso de tecnologias de cuidado que sejam capazes de produzir vínculo, ampliação da consciência sanitária e da autonomia das pessoas e comunidades e atuem nos determinantes e condicionantes da saúde, de forma a enfrentar os principais problemas de saúde. Isto os coloca frente a situações distintas e inesperadas, exigindo práticas de escuta qualificada, espaços de acolhimento às necessidades dos usuários e autonomia para que possam criar e produzir cuidado para além das normas estabelecidas. Situações estas que podem promover um alto grau de satisfação pessoal ou insegurança e sofrimento no trabalho, a depender do grau de envolvimento, protagonismo, liberdade, qualificação e do apoio que possuem estes trabalhadores.

Para a pesquisa foi utilizada abordagem qualitativa, do tipo análise documental, tendo como banco de pesquisa a Blogosfera da Política Nacional de Humanização, a Rede HumanizaSUS. A RHS foi criada com o objetivo de se configurar como um espaço capaz de produzir e compartilhar informações, um apoio virtual aos serviços de saúde. Trata-se de uma rede colaborativa/social que envolve trabalhadores, apoiadores e gestores do SUS (e alguns usuários). São mais de 1 milhão de visitantes, que realizaram quase 1 milhão e meio de visitas, visualizando mais de 3 milhões de páginas e muitos deles postam suas experiências. Destas foram selecionadas 36 e submetidas à análise lexical mecanizada pelo software Alceste.

Os resultados demonstraram a existência de dois eixos temáticos: “Inovações na produção dos serviços” e “Inovações na produção dos sujeitos”. Destacam-se experiências inovadoras relacionadas ao apoio ao desenvolvimento das ações e valorização dos trabalhadores e às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Saber Popular. Com menor ênfase também foram evidenciadas experiências no acolhimento e organização do serviço, na prestação do cuidado integral, entre outros. Os principais resultados foram discutidos à luz dos referenciais teóricos da Política Nacional de Humanização e da Ergologia.

Na APS milhares de experiências são produzidas diariamente, de formas distintas e singulares, e muitas revelam inovações nas formas de produzir o cuidado. Compartilhar essas inovações pode contribuir para a qualificação das ações de saúde.

Programa Bahia Saudável: a construção de uma agenda política para enfrentamento das condições persistentes do estado de saúde da população e outros desafios.

Washington Luiz Abreu de Jesus, Chaider Gonçalves Andrade; Maria de Fátima Valverde Dreyer; Jorge José Santos Pereira Solla; Washington Luís Silva Couto et Lorene Louise Silva Pinto, Brasil

Introdução: A construção de um programa de governo para além de se configurar como um movimento técnico-sanitário deve conter elementos dos âmbitos político-institucional e administrativo- gerencial que permitam consolidar o olhar dos diferentes atores sociais sobre a problemática e, num processo de explicação, formulação e negociação, construir soluções possíveis para enfrentar os problemas e responder às demandas e oportunidades.

Objetivo: Este trabalho pretende analisar o processo de construção de um programa de governo de enfoque setorial, considerando essencialmente a formulação de políticas que se configurem como soluções às condições persistentes do estado de saúde da população, no Estado da Bahia, Brasil, no período 2010-2011.

Aspectos teóricos e metodológicos: Tendo como marcos de referência o “Enfoque Estratégico Situacional” e a “Promoção da Saúde”, além de adotar a perspectiva da “Organização que aprende”, realizou-se uma análise crítica de documentos institucionais e de cooperação técnico-científica, conjugada à observação participante de atores privilegiados no processo de planejamento governamental no período.

Resultados e discussão: O processo de construção do Programa Bahia Saudável como resposta às necessidades de saúde da população se inicia numa intensa negociação em torno dos problemas de saúde enquanto determinantes da qualidade de vida. Por meio de oficinas temáticas com diversas áreas de governo, áreas técnicas, universidades e organismos internacionais, foi sendo delineado o escopo do programa, construído de modo transversal, cuja premissa é o fortalecimento do sistema de saúde com base em ações de promoção, prevenção, proteção, cura e reabilitação da saúde. Buscou-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a integração das práticas de atenção à saúde, vigilância e assistência farmacêutica para enfrentamento das doenças persistentes e das condições crônicas na atenção primária; a garantia do acesso da população às ações e serviços especializados, tanto pela ampliação da rede de saúde existente, quanto por meio da construção de novas “redes de cuidados”, cujos enfoques sejam as questões mais prevalentes e persistentes (morbimortalidade materna e infantil, e por doenças crônicas; transtornos mentais; situações de urgência e emergência e condições especiais de vida), numa compreensão de complementaridade aos cuidados primários; e o fortalecimento da gestão democrática e participativa, com modernização gerencial, gestão do trabalho e participação da sociedade. No âmbito intersetorial, buscou-se articulação para garantir a viabilidade econômica do programa, o enfrentamento ao

fenômeno do envelhecimento populacional e a situações de vulnerabilidade social, tais como: fome, pobreza extrema, violência, cárcere, dependência química e uso abusivo de drogas, além da questão da garantia de acesso ao saneamento básico, às políticas afirmativas voltadas para o setor e à formação de pessoas em serviço, verificada principalmente na articulação com universidades e programas de residência em saúde. O sistema de saúde, neste sentido, funciona como um observatório das situações de vulnerabilidade e apresenta-se também como espaço privilegiado de intervenção, que contribui para a melhoria dos processos de gestão e das condições de vida da população. Por fim, os resultados desse trabalho tem potencialidade para contribuir com a construção do estado da arte atual sobre o processo de formulação de políticas públicas, sendo útil também como subsídio para o fortalecimento das práticas de gestão na área de saúde.

Considerações finais: Mesmo considerando os limites econômicos e políticos que impuseram ao programa um desenho majoritariamente intrasetorial, pode-se concluir que o programa foi construído num esforço de integração entre as diversas políticas públicas em torno do enfrentamento às condições persistentes do estado de saúde da população e a outros desafios de organização do sistema de saúde. Isto contribuiu para o aprendizado institucional em torno da promoção da saúde, humanização e da gestão do cuidado enquanto diretrizes do processo de formulação das políticas no setor.

Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil para o enfrentamento das doenças crônicas.

Helena Eri Shimizu et Joseney Raimundo Pires dos Santos, Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado, no entanto necessita superar desafios porque ainda apresenta baixa resposta ao perfil sanitário atual, no qual se juntam o envelhecimento da população, o predomínio das condições crônicas e a epidemia de causas externas.

Uma das possibilidades para superar essa crise consiste na substituição do sistema fragmentado por Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente que garantam atenção integral aos portadores de doença crônica, para que não se tornem doença agudas cujos custos, pessoal, econômico e social são relevantes. A construção de redes permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença, em contraposição a conjuntos isolados de serviços, programas, ações, e práticas clínicas decorrentes do processo da descentralização municipalista do SUS.

O desafio de implantar sistemas regionais de saúde articulados em redes foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS.

Outro marco importante para a implantação das RAS foi a publicação do Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Decreto considera: a região de saúde; o contrato organizativo da ação pública da saúde; as Portas de entrada; Comissões intergestores; Mapa da saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Os avanços normativos para construção das RAS que garantam a integralidade da atenção são fundamentais, notadamente com crescimento das doenças crônicas que requer atenção especial, contudo é preciso conhecer mais profundamente quais são os seus fundamentos, sobretudo para se verificar a magnitude e abrangência dessa política, bem como averiguar como funcionam em diversos territórios.

O estudo teve como objetivo analisar as percepções de formuladores da política nacional de saúde sobre a conformação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil e, avaliar com os gestores e gerentes do SUS a estrutura e funcionamento dessas redes de atenção do SUS.

Realizou-se um estudo quali-quantitativo. Na primeira etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete formuladores de política nacional de saúde, com experiência em gestão de redes de atenção à saúde, sobre a percepção do desenvolvimento das redes regionalizadas. A análise das entrevistas foi feita com auxílio do *software AnalyseLexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), que realiza a análise de co-ocorrência.

Identificaram-se três eixos temáticos compostos por seis classes. O primeiro eixo temático revelou que a fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde, constituído pelas classes um – que retrata como o sistema oferece atenção pontual e pouco resolutive, e pela classe cinco – que demonstra que essa fragmentação não permite o alcance da saúde como direito social. O segundo eixo temático tratou do Estado na conformação das redes SUS, composto pelas classes dois – que descreve as dificuldades na operacionalização da regionalização da saúde; e pela classe três – que aponta a governança regional com um caminho; e pela classe quatro – que afirma a relevância da Contratualização das redes regionais. O terceiro eixo formado pela classe seis, denominado Redes e a integralidade, que discute os desafios para formação das redes de atenção integral.

Na segunda etapa da pesquisa, aplicaram-se questionários a setenta e dois gestores e gerentes do SUS que versava sobre a organização e funcionamento das redes de atenção à saúde no SUS. Quanto as dificuldades no acesso dos usuários para o atendimento de suas necessidades de saúde, os gestores e gerentes apontaram serem as mais freqüentes: a insuficiência de consultas especializadas, a desorganização do sistema de regulação, a insuficiência de leitos para a internação, problemas na acessibilidade – longas distâncias e transportes coletivos deficientes e, exames para diagnóstico por imagem insuficientes.

Na percepção dos gestores e gerentes do SUS são elementos essenciais para a constituição de uma rede de atenção ter a atenção básica como orientadora da rede e organizadora do cuidado. A necessidade de contar com sistemas de comunicação, logísticos, de governança e sistemas de apoio foram referidos.

Em suma, a RAS são incipientes portanto é preciso reorientar a organização das instituições para a busca da integração dos cuidados em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

No entanto, a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, contendo as diretrizes para a organização das redes pode fortalecer a regionalização, consequentemente as RAS. Para isso, se faz necessário a criação de um sistema de governança adequado onde a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais possam ocorrer. As RAS constituem estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas, que pela sua complexidade e dinamicidade, exigem ações que agreguem, além da saúde, outros setores.

Horaire : 14:00 – 15:30

SESSION 21 – Salle 1

Thème : Dimensões de uma prática social – Estudo de caso sobre o planejamento no sistema de saúde brasileiro

Session organisé par: Washington Luiz Abreu de Jesus, Universidade Federal da Bahia/UFBA

Planejamento no sistema de saúde brasileiro: dimensões de uma prática histórico-social, no caso de uma instituição gestora estadual, 1950-2010.

Andrade Chaider, Washington Luiz Abreu de Jesus et Joana Angélica Oliveira Molesini, Brasil

O Planejamento, como forma de organização do Estado e da sociedade para intervir, pode ser concebido enquanto prática historicamente determinada pelas relações sociais que se estabelecem institucionalmente. Trata-se de uma alternativa à lógica de mercado, considerando o necessário fortalecimento do papel estatal na definição da direcionalidade estratégica das políticas públicas e da organização social. Partindo deste pressuposto, este estudo tem como busca resgatar o processo histórico do planejamento em uma instituição gestora do Sistema de Saúde de um dos Estados que compõe a República Federativa do Brasil, a Bahia. Realizou-se, nessa perspectiva, um levantamento bibliográfico sobre a temática no Brasil e na Bahia, os seus desdobramentos no setor saúde e sua trajetória no recorte temporal compreendido entre 1950 e 2010. Considerando-se a perspectiva Postulado de Coerência (Mário Testa), nas categorias história e papel do estado, os resultados deste estudo foram apresentados de acordo com as conjunturas política e econômica, identificando os presidentes da república e os governadores do estado da Bahia no período estudado, situando-se numa linha do tempo os principais instrumentos de planejamento construídos e dando ênfase às contribuições de cada conjuntura governamental ao processo de institucionalização desse planejamento. Observou-se que ao longo dos anos o processo de planejamento na instituição estudada evoluiu de uma perspectiva econômica a uma perspectiva estratégica, incorporando elementos políticos e técnicos. Planos e programas foram construídos em atendimento ao modelo de desenvolvimento sócio-político e econômico adotado pelo país, sob influência das diversas correntes de pensamento da América Latina. O desenvolvimento econômico sempre foi pauta de destaque no planejamento governamental até os anos 2000, quando a partir de então a nova conjuntura política do país traz por dentro deste modelo de desenvolvimento a questão social, a ampliação do acesso a bens e serviços para toda a população e a qualidade de vida. No cenário baiano, dois momentos importantes revelam aderência a essa nova conjuntura: durante a segunda metade da década de 1980 (sob a égide do processo de redemocratização do país) com o Governo de Waldir Pires e a partir de 2007 com a eleição de Jaques Wagner para governador (conjuntura de assunção do período Lula). Os processos e práticas de planejamento identificados neste estudo corroboraram, portanto, com a (re) definição do papel do Estado e de sua relação com a sociedade em distintos momentos da história, servindo como instrumento, de dominação ou libertação, de alienação ou sublimação, de eficiência, eficácia e efetividade ou de burocratização, a depender da conjuntura e orientação política que subjazem os processos e relações sociais.

Cooperação técnica para o fortalecimento do planejamento em saúde: reflexões sobre uma experiência concreta.

Sisse Figueredo Santana, Washington Luiz Abreu de Jesus; Danielle Brito; Wilker Invenção; Evanildo Souza; Tásio Lessa et Flávia Vasconcelos Souza, Brasil

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde vem incentivando a consolidação do planejamento em saúde nos Estados e municípios, por meio do Sistema de Planejamento do SUS. O Estado da Bahia estabeleceu as cooperações técnicas como importantes instrumentos de apoio e intercâmbio de conhecimentos técnicos específicos para a área, com aportes importantes para o sistema. Este trabalho busca analisar o processo de cooperação técnica firmado pela área do

planejamento e gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no período de 2007-2010, destacando suas contribuições, limites e potencialidades. Baseou-se em uma análise crítica e contextual de documentos institucionais relativos às cooperações técnicas desenvolvidas, considerando-se três dimensões: técnica, política e administrativa. Considerando-se a perspectiva da “Organização que Aprende”, os resultados evidenciaram que as cooperações técnicas firmadas se configuraram como potenciais indutores do planejamento institucional, mesmo diante das limitações administrativas advindas da implementação desses processos e dificuldades técnicas de operar a lógica das cooperações no setor público. A Organização Pan-americana da Saúde constituiu-se como a principal parceira, pelo contínuo aporte técnico, administrativo e político, principalmente em virtude da disponibilização de apoio institucional permanente ao processo desenvolvido no período analisado, com a produção de um conjunto significativo de documentos, metodologias e processos, que foram incorporados à rotina da área. As demais cooperações firmadas, com a Província de Tucumán (Argentina) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), de finalidades e tempos específicos, viabilizaram a apropriação tecnológica e a difusão de conhecimentos úteis e adaptados à realidade institucional, contribuindo para o fortalecimento do planejamento como tecnologia de gestão, principalmente nos âmbitos técnico e político. O destaque dado à cooperação técnico-científica com o ISC/UFBA, no período, foi o amplo processo de capacitação, que teve como foco a elaboração de planos municipais de saúde na Bahia, com mais de mil trabalhadores capacitados. E em relação à cooperação internacional com Tucumán, considerando-se os dois anos de intercâmbio, foi possível “parametrizar” os processos de planejamento de ambas as instituições (SESAB e Ministério de Saúde Pública de Tucumán), desenvolvendo-se um aprimoramento dos instrumentos em ambas, com aprendizado mútuo. A construção de uma visão sistêmica e compartilhada também foi sendo construída ao longo do tempo pela equipe condutora, tendo como acumulação importante a aprendizagem e apropriação do grupo de instrumentos métodos e técnicas para o manejo do planejamento no SUS. Evidenciou-se, por fim, a importância das cooperações técnicas como elemento de fortalecimento da capacidade institucional de planejamento em saúde, com avanços e oportunidades na gestão estadual do SUS. Cabem, entretanto, novos estudos sobre esses processos, adotando-se procedimentos de sensibilização dos envolvidos e avaliações qualitativas, com vistas à explicitação dos seus impactos na face mais aplicada da gestão.

Observatório baiano de regionalização: Ferramenta para publicização do processo de planejamento regional integrado na Bahia.

Joana Angélica Oliveira Molesini, Hadson Namour Rocha de Mattos et Pedro José Freire Castro, Brasil

O Decreto n 7.508 de 28 de julho de 2011, novo marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS), ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, indica o estabelecimento de um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) na perspectiva de fortalecer a governança destes territórios. Cria também o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) como mecanismo para garantir o cumprimento das responsabilidades e a disponibilização de recursos dos três entes federativos, reforçando o caráter programático – assistencial do espaço regional. Este processo leva a tomada de decisões a partir de pactuações conduzidas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que na Bahia de constitui de vinte e oito, definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado revisado em 2007. No entendimento que o processo de negociação entre os gestores dos três âmbitos de governo pressupõe uma articulação interfederativa que estabeleça um ambiente propício a tomada de decisão pautada nos princípios do SUS, é que, na Bahia buscou-se desenvolver uma ferramenta que permitisse o envolvimento do cidadão neste processo. Nesta perspectiva, o Observatório Baiano de Regionalização (OBR), implantado em fevereiro de 2011, foi reestruturado para produzir informações suficientes que permita a população visualizar através deste “ciberespaço” como está conformada a rede regionalizada e que discussões, reflexões e debates sustentaram a tomada de decisão para conformação do Sistema Regionalizado de Saúde em cada região. Para efeito deste trabalho, conceituamos Observatório como uma ferramenta com potencial de se converter num instrumento de publicização de informações e de suporte à tomada de decisão, potencializando a investigação, a socialização da informação e do conhecimento. Por outro lado, o compartilhamento das informações relativas à sua constituição e ao seu próprio conceito é uma imagem objetivo a ser conquistada ao longo do processo de implantação e de consolidação das ações propostas. Considerando os aportes necessários para atender as novas perspectivas do marco legal do SUS, a proposta de reestruturação do OBR assumiu como principais características: simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, sensibilidade, representatividade, oportunidade, utilidade e sustentabilidade. Para implantação da nova modelagem do OBR, algumas premissas foram indispensáveis para funcionamento: vontade política, coordenação das informações, formação de capital humano e acompanhamento ao desenvolvimento local. Esta modelagem deve ser capaz de dialogar diretamente com todos os atores envolvidos no Planejamento Regional Integrado, além da sociedade em geral, para que seja explorada toda sua potencialidade como ferramenta de publicização. Esta reformulação também configura como uma estratégia de subsídio para o controle social preconizado pelo SUS no seu marco legal. O OBR torna-se então um fórum que inclui o cidadão, que pode opinar sobre as discussões e decisões da CIR, e assim configurar como uma ferramenta de fortalecimento do processo de Planejamento Regional Integrado de saúde no Brasil, tendo a potencialidade de contribuir para processos semelhantes em outros países que adotam a perspectiva de um sistema de saúde universal, com gestão compartilhada de responsabilidades e participação social.

Thème : Maladies chroniques: soins coordonnés entre structures sanitaires 1

Interfaces dans les prestations domiciliaires pour les clients atteints de troubles cognitifs : Expérience et réflexions genevoises sur l'accompagnement structurel de la chronicité.

Florence Moine, Suisse

Les progrès de la médecine et des conditions de vie sous nos latitudes, amènent, de fait, un allongement de l'espérance de vie, qui, s'il est souhaitable et souhaité, n'en demeure pas moins un défi pour les collectivités, les systèmes de santé publique et leurs financeurs.

Les troubles cognitifs modérés, puis sévères, les démences et autres maladies associées (Alzheimer, ...) se « gèrent » le plus longtemps possible dans le quotidien du domicile.

Ils font l'objet de prises en charge par les proches (famille, amis, voisins, etc.) et par des services d'aides et de soins à domicile, plus ou moins « étoffés » selon le pays du client-bénéficiaire.

L'allongement de la vie de ces patients (on ne meurt pas de démence), nous questionne sur notre capacité clinique, éthique, économique, organisationnelle et structurelle à les accompagner, au fil des années, dans l'évolution de leurs pathologies, et des épisodes thérapeutiques qui y sont liés.

L'alternance d'hospitalisations, l'épuisement avéré ou annoncé de leurs proches aidants, nous oblige tôt ou tard à repenser le dispositif de prise en charge et la diversité de l'offre en prestations.

En Suisse, le canton de Genève s'est doté en 2008, d'une loi sur le réseau et le maintien à domicile (K 1 06). Elle tente d'apporter une réponse aux enjeux de politique publique liés notamment au vieillissement de la population.

Genève compte 4'000 habitants de plus chaque année. La croissance de la population âgée est plus rapide que celle de la population active. La population des personnes âgées de 80 ans et plus, fera plus que doubler entre 2010 et 2040, et le nombre des plus de 90 ans sera multiplié par 3.4 d'ici 2040. Un rapport de planification médico-sociale effectué pour 2012-2015 prévoit, entre autre, de répondre à l'augmentation des besoins en poursuivant la politique de maintien à domicile.

Pour ce faire, il est prévu d'augmenter le dispositif des prestations pluridisciplinaires existant (aide à la vie courante, soins et soins de base, ergothérapie, portage de repas, sécurité, etc.).

Il est également prévu d'accroître le dispositif des structures dites intermédiaires, qui complètent le dispositif domiciliaire, en construisant de nouveaux immeubles avec encadrement pour personnes âgées, et de nouvelles unités d'accueil temporaire de répit (à l'intention des proches aidants).

Peu de structures de maintien à domicile peuvent se targuer d'un dispositif aussi étoffé (2'000 collaborateurs) et ambitieux.

Toutefois, cet environnement doit être re-questionné sans cesse afin de garantir qu'il répond bien à la problématique spécifique des troubles cognitifs, et à leur péjoration dans le temps, ainsi qu'au besoin de répit des proches aidants, qui assistent quotidiennement ces malades.

Lorsque l'offre en multi-prestations existe, c'est tout le dispositif qui doit être questionné : quelles prestations et pourquoi ? Quelles structures avec quel financement ? Quels supports pour quelles ambitions cliniques/thérapeutiques ? Quelle perméabilité d'un bout à l'autre du dispositif de soins pour éviter les « silos » ?

Des « failles » ont ainsi été perçues et objectivées dans notre offre en prestations, pourtant très étoffée, qui nous ont amenées à soumettre aux autorités de tutelle des propositions de diversification de l'offre en prestations.

Modélisation du parcours de santé de la maladie drépanocytaire.

Laurence Roux et Véronique Daoud, France

Résumé

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques requière une évolution du système de santé dans toutes ses dimensions préventives, curatives et médico-sociales en lien avec le champ social, conduisant à une médecine de « parcours ».

Ainsi la modélisation du parcours de santé de la drépanocytose dont la prévalence est importante en Ile de France paraissait l'une des méthodologies idoines à adopter afin de disposer a) d'un outil méthodologique d'aide à la décision, b) transposable à d'autres maladies chroniques, c) et susceptible dans un second temps d'étayer la mise en œuvre de projets territoriaux ou d'accompagner leur évaluation.

Resumen

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas requiere un cambio en el sistema de salud en toda su prevención, cura y médico-social en relación con el ámbito social, lo que lleva a un largo camino de la medicina. Asimismo modelar el curso de salud de la enfermedad de células falciformes, cuya prevalencia es importante en Francia parecido a uno de los métodos apropiados para su aprobación para tener a) una herramienta metodológica para el apoyo de las decisiones, b) trasladarse a otras enfermedades crónicas y c) y probablemente en un segundo término para apoyar la ejecución de proyectos regionales o para apoyar su evaluación.

Objectifs de l'étude

S'inscrivant dans l'abord transversal des maladies chroniques par l'ARS IDF et en partant de la drépanocytose, construire un modèle théorique de parcours de santé susceptible d'être contributif, pour l'agence, de l'aide à la décision dans la conception et la mise en œuvre d'un projet de territoire et de son animation territoriale.

Contexte et description du problème

La prévalence croissante des maladies chroniques interpelle le système de santé à chaque échelle territoriale. Conformément aux plans maladies chroniques et maladies rares, l'ARS IDF intègre la maladie chronique dans ses missions prioritaires. Elle décline dans le Plan Régional de Santé, le PRAPS et le SROS, les constats régionaux et les objectifs opérationnels.

Modéliser le parcours de santé d'une maladie chronique paraissait l'une des méthodologies idoines à adopter afin de disposer d'un outil, prélude à la constitution d'un projet de territoire.

La drépanocytose est une maladie génétique qui s'inscrit dans une transition épidémiologique avec une prévalence croissante en IDF. Les comorbidités et la mortalité fortement dépendantes de la qualité de la prise en charge et de l'information dispensée à tous les niveaux du parcours de santé, les enjeux qu'elle mobilise (sociétal, sociaux, culturels et psychologiques) ont étayé ce choix.

Théories, méthodes, modèles, matériels employés

La méthode

Le choix d'une maladie chronique devait s'opérer en prenant en compte la faisabilité de modéliser un parcours de santé afin a) de disposer d'un outil méthodologique d'aide à la décision, b) transposable à d'autres maladies chroniques, c) et portant, dans un second temps, l'ambition de construire et de mettre en œuvre **un projet de territoire et une gouvernance territoriale**.

Le modèle

Il convient d'aborder le parcours de santé :

- structuré en 4 niveaux d'approche de la santé (promotion de la santé, prévention, curatif, palliatif),
- identifiant les freins en contraignant la fluidité ou la continuité,
- intégrant le niveau de risque ainsi que le recommande l'ANAP,
- déclinant les objectifs opérationnels à chaque niveau d'approche de la santé

Ce travail de conceptualisation est mené avec l'aide de l'EHESP, de l'ANAP, du centre Babel.

L'opérationnalisation

Pour étayer les éléments reportés dans le SROS, un état des lieux s'est engagé auprès des acteurs de terrain, des chercheurs, des associations et des patients (adolescents, parents, adultes). Ce travail doit mener à un diagnostic de l'existant, co-construit avec ces derniers, et qui permettra de dégager les objectifs opérationnels susceptibles, dans un deuxième temps, d'étayer la constitution d'un projet de territoire dont l'ARS serait le maître d'ouvrage.

En parallèle, la méthodologie d'évaluation sera définie ainsi que les indicateurs de résultats et de suivi.

Résultats et discussion

L'une des évaluations possibles porte sur une recherche en économie de la santé cherchant à mesurer la réduction des coûts : augmentation de la qualité de vie des personnes s'opérant en parallèle d'une diminution du recours hospitalier et d'une réduction de consommation de soins.

En outre, La mise en perspective des points de vue des professionnels de santé et des usagers face aux freins et aux leviers identifiés comme transversaux pourra être transposée à d'autres maladies chroniques et servir d'autres projets de territoire.

Apport / Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

Le travail engagé est novateur, il répond aux principes d'une ARS à savoir, appréhender le parcours de santé dans sa globalité, en introduisant la dimension transversale et une démarche participative.

Le parcours de santé d'une maladie chronique est rarement structuré en intégrant a) le niveau promotion de la santé et le niveau palliatif, b) les différents niveaux de risque. En outre, l'état des lieux conduisant au diagnostic de l'existant a été réalisé en empruntant une part de la méthodologie aux sciences sociales.

Nous nous proposons de présenter ce travail engagé par l'ARS IDF, et d'en détailler les premiers résultats.

Estrategias de Seguimiento Proactivo en Enfermedades Crónicas- Un Cambio de Paradigma

Alejandro Ruiz Lascano, Florencia Becerra, Jorge de la Fuente, Cecilia Camillucci, Cecilia Contesso, Constanza Ramacciotti et Diego Robledo, Argentina

El tratamiento de las enfermedades crónicas y la gestión médica de pacientes con estas enfermedades impone un cambio de filosofía destinado a enfrentar el problema de base y no sus complicaciones esporádicas sintomáticas. Hoy la tecnología disponible nos permite hacer realidad este proceso mediante el desarrollo de un sistema integral de soporte a las decisiones clínicas que identifique correctamente a los pacientes y a sus problemas de salud en forma completa, estratifique los riesgos que los mismos acarrearán, fije metas de tratamiento basadas en la mejor evidencia disponible y verifique su cumplimiento con frecuencias predeterminadas en forma pro activa.

OBJETIVOS: Mostrar los resultados obtenidos en la aplicación de un Programa de Prevención y Seguimiento Integral, Longitudinal y Proactivo de Pacientes Diabéticos implementado a un grupo asegurador de salud de Córdoba, Argentina.

MATERIALES Y METODOS: Para el seguimiento y control de los pacientes se utilizó un sistema informático desarrollado en entorno web que ofrece un registro completo de los indicadores de salud, con un programa de alertas basado en recomendaciones de las principales guías científicas internacionales. El software está conectado con la agenda médica y con un sistema de CRM para gestionar el seguimiento proactivo de los pacientes. Este seguimiento fue realizado por el servicio de seguimiento de enfermedades de un grupo asegurador de Córdoba, Argentina. Fueron incluidos al Programa de Prevención y Seguimiento de Diabetes 1.177 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 y tipo 2, detectados por diagnósticos cargados en la historia clínica electrónica o por resultados de laboratorio de H_{1c} >7, que estaban recibiendo tratamiento médico con un buen control metabólico. De estos pacientes fueron seleccionados 591 pacientes con 4 o más años de seguimiento bajo este programa. La evaluación estadística se realizó en el programa estadístico SPSS, para variables continuas se utilizó test T pareado.

RESULTADO: Del total de los pacientes seleccionados, 46% (269) fueron mujeres y 54% (322) hombres.

La edad promedio fue de (media \pm desvío estándar) 67,5 \pm 13,08 años. Se produjo un descenso de la presión arterial sistólica de 132,5 \pm 16,7 mmHg a 128,4 \pm 14,8 mmHg, (intervalo de confianza 95% (IC95%) 2,3–5,5; p=0,0001). La presión arterial diastólica descendió de 80 \pm 10,4 mmHg a 75,8 \pm 9,4 mmHg (IC 95% 3,12 – 5,19; p=0,0001). El índice de masa corporal (IMC) descendió de 30,5 \pm 5,5 a 30,1 \pm 5,3, (IC 95% 0,18–0,6 p=0,0001). El colesterol total descendió de 177,1 \pm 37,7 mg/dl a 167,8 \pm 32,7 mg/dl (IC95% 11,1–17,5, p=0,0001). El colesterol LDL descendió de 102,1 \pm 30,3 mg/dl a 93,5 \pm 25,5 mg/dl (IC95% 5,93–11,26 p=0,0001). Los valores de triglicéridos descendieron de 159,2 \pm 95,49 mg/dl a 133,6 \pm 69,54 (IC 95% 18,61–32,5 p=0,0001). La hemoglobina glicosilada se incrementó de 6,8 \pm 1,3 a 6,9 \pm 1,2 (IC95% -0,26– 0,05 p=0,0002). El porcentaje de vacunación anual antigripal al inicio del programa fue del 95 % (500) de los diabéticos y al finalizó con un aumento del 1% en 96% (508). El 91% (440) de los diabéticos habían recibido vacunación anti-neumococcica al ingreso del programa y al final el 94% (453) estaban inmunizados. El control anual de fondo de ojo en los pacientes diabéticos se mantuvo en un 98% tanto al inicio como al final del programa. El promedio de consumo de 100 mg diarios de aspirina al inicio del programa fue del 71% (419) y finalizó con una tasa de consumo del 87% en los pacientes diabéticos, con un incremento promedio del 16%.

CONCLUSIONES: En una población bien controlada, atendida dentro del mismo grupo de especialistas del hospital y sin restricciones al acceso a la atención y medicación, la incorporación de una herramienta de seguimiento de cuidados integrales proactivos y longitudinales mejora el control de los principales parámetros metabólicos y factores de riesgo cardiovasculares. Si bien se registró un mínimo incremento de la hemoglobina glicosilada, siempre estuvo dentro de un excelente control metabólico.

L'accueil en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : problématiques et enjeux. Le cas de la France.

Nathalie Krieff et Véronique Zardet, France

Objectifs de la recherche / La recherche propose d'analyser les différents acteurs (publics, associatifs, institutionnels...) et leurs rôles respectifs d'information, d'accueil et d'orientation, afin d'appréhender la complexité du fonctionnement du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes et notamment le circuit de prise en charge en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle vise, outre la description des rôles des différents acteurs, à mettre en évidence les problématiques et les enjeux relatifs à l'articulation des missions de chacun, aux logiques de financement (en particulier l'Aide sociale) et au système d'informations.

Contexte et description du problème / Le taux de population âgée de plus de 60 ans passera d'environ 20% aujourd'hui en France à plus de 30% en 2030. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va doubler pendant cette même période. L'augmentation de la dépendance augmentant avec l'âge, la problématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes devient cruciale pour la France, d'autant plus que, dans de nombreux cas, les effets du vieillissement se conjuguent aux maladies chroniques et « favorisent » un état de grande fragilité, tant du point de vue sanitaire que de celui de la dépendance. L'évolution exponentielle de la population âgée et l'aggravation des pathologies impliquent une adaptation de l'offre de soins intégrant les besoins sanitaires, sociaux et psychologiques des patients et de leur entourage. L'adaptation de la réponse à ces besoins évolutifs ne semble s'envisager que dans le cadre d'un réseau articulé, d'une approche pluri-professionnelle, globale et synchronisée. Malgré le principe du découplage (sanitaire/social,

établissement/domicile) impulsé par la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) la logique de prise en charge qui prédomine empêche une « circulation » fluide de la personne âgée et, de fait, une prise en charge « continue » et globale de la personne.

Théories, méthodes et modèles / La recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet de coopération européen visant à décrire et comparer les systèmes sociaux et médico-sociaux de plusieurs pays européens. La présente communication s'attache à mettre en évidence les pratiques, les problématiques et les enjeux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en France, à partir d'une analyse de terrain approfondie portant sur une Région française. Elle s'appuie sur une analyse exploratoire ayant sollicité deux principales techniques de collecte de l'information : une recherche documentaire permettant de décrire la complexité du circuit de prise en charge (cadre législatif, documents institutionnels...), ainsi que des entretiens semi-directifs menés auprès d'une dizaine d'acteurs-clés de la politique « personnes âgées » (niveaux régional, départemental, communal et local) permettant de mettre en évidence les pratiques, les difficultés et les enjeux de l'organisation de cette prise en charge.

Résultats et discussion / L'analyse menée en France a permis de mettre en évidence une nomenclature des principales problématiques, autour de 4 thématiques :

- la politique sociale et médico-sociale (politique du « vieillissement », qualité de la prise en charge, organisation territoriale...);
- la gouvernance et le pilotage (intervenants de la politique sociale et médico-sociales, synchronisation des institutions, instances de réflexion, rôles des acteurs...);
- le système d'information (système informatique, mutualisation de l'information...);
- le financement de la prise en charge (enjeux du financement, rôles des financeurs, tarification...).

Apports et intérêts de la communication / L'intérêt de la communication réside dans la proposition d'une base de réflexion, au plus proche des acteurs de terrain, dédiée à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et propre à nourrir les acteurs politiques et institutionnels dans la définition d'une politique du « vieillissement » renouvelée au sein de laquelle qualité et sécurité de la prise en charge trouveraient une place centrale.

SESSION 23 – Salle 3

Thème : Politiques de santé 2 : pilotage national

La réforme du système américain des soins de santé du Président Obama Des implications pour nous les européens?

Florence Hut, Renaud Witmeur et Daniel Désir, Belgique

Le 23 mars 2010, le Président Obama a promulgué le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), connu désormais sous le nom d'Obamacare. Cette loi constitue la plus importante réforme du système américain de soins de santé depuis 1965, année de la création des programmes publics Medicare et Medicaid qui couvrent les soins de certaines catégories de la population (personnes âgées de plus de 65 ans et citoyens vivant sous le seuil de la pauvreté).

La promulgation et l'implantation de l'Obamacare ont constitué une vraie saga, loin d'être clôturée : son budget et sa mise en œuvre restent à concrétiser. Le climat politique aux Etats-Unis n'est pas au consensus entre les deux partis dominants, et les démocrates ont perdu leur majorité à la Chambre, tout en la maintenant au Sénat.

En vue de sa réélection de 2012, Barack Obama a remporté une double victoire : celle de forger un compromis pour promulguer sa réforme en 2010, et celle d'éconduire les recours ultérieurs introduits auprès de la Cour Suprême fédérale. Pour aboutir à ce compromis, le Président Obama a dû renoncer à son rêve et à celui de ses prédécesseurs Harry Truman et Bill Clinton, déjà en échec avant lui : donner vie à une assurance santé universelle couvrant tous les résidents américains. Par des moyens juridiques d'incitation et de coercition, les américains sont désormais tenus de s'affilier à des caisses d'assurances santé sous peine d'une sanction financière, définie comme une taxe et non comme une amende. La nouvelle loi renforce la pression exercée sur les assurances privées, notamment en contrôlant les prestations assurées et les exclusions en fonction des risques. Les assurances privées se voient imposer un plafond de frais administratifs, et doivent consacrer au moins 80 % des primes encaissées à la couverture des soins pour les affiliés. Les Etats sont tenus de créer des bourses de santé (« Exchange ») pour offrir des produits d'assurance à des tarifs et pour des couvertures définies.

Pour les américains partisans d'un élargissement de la couverture des soins et d'une sécurité sociale plus égalitaire, le 23 mars 2010 restera la date-jalon d'une formidable avancée sociale.

Pour nous européens, attachés à la couverture santé universelle, cette loi représente un progrès moindre. Barack Obama, pragmatique, aura vraisemblablement considéré que l'échec sur ce thème central n'était pas une option pour son administration.

Les États-Unis inspirent l'organisation des soins de santé, les avancées et les développements de la médecine depuis plus d'un siècle. À travers une tradition d'excellence universitaire et scientifique, à travers un investissement dans les structures de recherche, la découverte de nouveaux traitements et de nouvelles technologies, et une production scientifique qui continue à dominer le monde de l'édition médicale et à guider les pratiques dans le monde entier.

Le modèle américain engendre un coût exorbitant (près de 19 % du PIB), mais produit des résultats variables, souvent décevants, si l'on s'en réfère aux indicateurs globaux de santé validés par l'OCDE (espérance de vie, mortalité infantile, mortalité maternelle, obésité, ...). L'autre prix est celui de l'inégalité sociale et de la couverture imparfaite de la population. Malgré l'ACA, les citoyens américains ne sont pas égaux devant les enjeux de santé : la plupart sont enrôlés dans des programmes de soins en lien avec leur assurance, sans liberté de choix de l'établissement hospitalier et/ou des prestataires. Se tourner vers les meilleures équipes reste un choix que ne peut se payer qu'une minorité de patients, fortunés ou titulaires d'une assurance avantageuse.

Le système de santé américain, modèle d'excellence académique dans les centres de prestige, a aussi conduit à la pratique d'une médecine judiciarisée, défensive et coûteuse qui déteint sur les pays européens. Obsédés par la méfiance vis-à-vis de l'État fédéral, les réformateurs continuent à ignorer l'evidence-based medicine policy, en tournant le dos avec condescendance aux systèmes de santé d'autres pays, qui ont tantôt fait leurs preuves (Canada, Australie, France, ...). Pourquoi cet attachement à un système basé sur l'individualisme des nantis et sur la charité aux vulnérables, plutôt que sur la solidarité pour tous ? Pendant combien d'années un modèle aussi onéreux et inefficace pourra-t-il se maintenir dans un contexte mondialisé d'austérité économique ?

Comment l'État parvient-il à gouverner le système de santé ? Pistes de réflexion issues de l'étude du secteur de la génétique au Québec.

Marie-Andrée Paquette, Lise Lamothe et Daniel Reinharz, Québec

Objectif : Cette présentation vise à identifier les modalités de l'utilisation d'instruments de gouvernance susceptibles de permettre à l'État de gouverner de manière effective - c'est-à-dire d'orienter l'action collective dans le sens de ses objectifs - dans les systèmes de santé.

Contexte/description du problème : La reconnaissance du pluralisme des systèmes de santé, et donc des interdépendances unissant l'État (comme financeur et responsable de la gestion) aux professionnels responsables de la prestation des services (comme détenteurs quasi exclusifs des savoirs experts nécessaires), pose la question de la capacité de l'État à gouverner dans le sens de ses propres objectifs. Le pluralisme des systèmes de santé excluant d'emblée l'idée d'une autorité souveraine, l'État doit en effet s'efforcer constamment d'acquiescer et de conserver la légitimité nécessaire à l'exercice du pouvoir. De fait, la gouvernance effective de ces systèmes par l'État suppose la mobilisation d'instruments de gouvernance dépassant l'exercice du pouvoir coercitif qui lui est traditionnellement dévolu. Sa capacité à infléchir l'action collective dans le sens de ses propres objectifs demeure donc partiellement indéterminée, d'où l'importance de s'intéresser aux instruments de gouvernance susceptibles de soutenir la capacité de gouvernance de l'État.

Théories, méthodes, modèles, matériels employés

Les constats concernant l'utilisation des instruments de gouvernance qui sont présentés ici sont issus d'une étude plus vaste qui visait à comprendre l'évolution à long terme de la participation étatique à la gouvernance d'un secteur de services de santé. Dans le cadre de cette étude, nous avons développé un modèle théorique qui, en s'inspirant de la théorie de la pratique (Bourdieu) pour intégrer l'ensemble des facteurs d'influence identifiés par la littérature sur la sélection des instruments de gouvernance, conçoit la stabilisation de certains patterns de gouvernance comme reposant partiellement sur la capacité des instruments employés par l'État de soutenir ses objectifs. Ce modèle a été appliqué dans le cadre d'une étude de cas portant sur le secteur québécois de la génétique médicale (1969-2010). Cette étude a impliqué l'analyse processuelle et interprétative de données qualitatives, provenant de sources documentaires et d'entrevues réalisées avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'avec des médecins et chercheurs oeuvrant dans le secteur de la génétique.

Résultats et discussion : L'analyse processuelle a permis d'identifier quatre (4) types d'utilisation d'instruments correspondant à des périodes de stabilité en regard de leur mobilisation par l'État. La capacité de ces instruments à soutenir la gouvernance de l'État apparaît comme un facteur important de stabilisation pour trois de ces périodes. L'utilisation des instruments par le Ministère au cours de ces périodes a impliqué de manière importante les médecins et chercheurs associés à la prestation de services. Le ministère s'est également appuyé sur l'expertise détenue par certaines agences d'évaluation qui, n'étant pas perçue par les médecins et chercheurs comme faisant compétition à leur propre expertise scientifique et clinique, est reconnue comme légitime par ces derniers. L'utilisation de tels instruments s'est avérée favorable au développement de rapports de conciliation et de collaboration et, par le fait même, d'une certaine convergence entre les actions entreprises par les médecins et chercheurs impliqués dans

la prestation des services et les objectifs du Ministère. Notons cependant que l'utilisation de ce genre d'instruments par le Ministère suppose que ce dernier reconnaisse sa propre dépendance vis-à-vis ces médecins et chercheurs. Ces constats nous permettent de proposer certaines actions concrètes que l'État pourrait entreprendre afin d'accroître sa capacité de gouvernance des systèmes de santé.

Apports/intérêt : La littérature portant sur la gouvernance en contexte pluraliste suggère que l'État a avantage, afin d'atteindre ses objectifs, à employer des instruments de gouvernance qui favorisent l'implication de l'ensemble des parties concernées, à travers notamment la négociation, la persuasion et la négociation. Cette communication permet de préciser en quoi et de quelle manière ces assertions s'appliquent à la gouvernance étatique des systèmes publics de santé.

Ruolo e funzionamento dei fondi sanitari volontari privati in un sistema universalistico: il caso dell'Italia.

Carlo De Pietro, Italia

OBIETTIVI:

Descrivere la diffusione delle assicurazioni sanitarie private in Italia. Discutere criticamente il loro ruolo di "integrazione" del Servizio Sanitario Nazionale.

CONTESTO E DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito nel 1978 in Italia è un tipico sistema à la Beveridge, largamente modellato su quello inglese istituito nel 1948.

Il principio dell'universalismo, che costituisce un punto fondante del sistema, ha costituito certamente un ostacolo allo sviluppo dell'iniziativa privata nel campo dell'assicurazione malattia. Di fatto, le coperture sanitarie private sono state un'eccezione fino agli anni più recenti.

Tale situazione però sta rapidamente cambiando, anche a seguito di un'opinione pubblica e politica che ha sempre più spesso la non sostenibilità del sistema pubblico attuale e la necessità di favorire lo sviluppo di un sistema di welfare "multi pilastro", nel quale al primo pilastro pubblico e universalistico sia aggiunto un secondo pilastro, mutualistico ma privato, regolamentato e favorito fiscalmente. Tale veloce diffusione di forme di copertura assicurativa privata si collega peraltro alla pesante crisi economico-finanziaria e politico-istituzionale in corso in Italia.

Se i prossimi anni confermeranno la tradizione delle coperture sanitarie private in Italia, queste non si limiteranno a un ruolo soltanto complementare, coprendo prestazioni escluse dal pacchetto di base pubblico, ma continueranno a svolgere un ruolo supplementare (rimborso ticket chiesti dalle aziende sanitarie pubbliche diarie monetarie riconosciute nel caso di ricovero ospedaliero, ecc.) o, soprattutto, duplicativo (prestazioni già coperte dal SSN).

La presenza di una copertura privata accanto a quella pubblica, se diffusa, può mettere in difficoltà il SSN per diversi motivi, tra i quali:

- frammentare la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ribaltare sul SSN l'onere di prestazioni prescritte al di fuori del SSN e magari non appropriate da un punto di vista clinico o della costo-efficacia;
- ridurre l'impegno dei medici pubblici a favore dei pazienti SSN, per privilegiare invece i pazienti rimborsati dalle assicurazioni private;
- ridurre il consenso pubblico sul funzionamento del SSN.

TEORIE, METODI, MODELLI, MATERIALI UTILIZZATI:

L'analisi sarà di tipo descrittivo/interpretativo. Essa si baserà sulle ricerche svolte dall'autore sulla letteratura presente nel paese su sei casi di studio condotti su altrettanti fondi e sulla partecipazione attiva al dibattito di politica sanitaria in corso sul tema.

La comunicazione si baserà su risultati di ricerca già pubblicati (De Pietro C. 2008, Assicurazione integrativa mutualistica: un'analisi economica, *Mecosan* 67:71-84; Cavazza M., De Pietro C. 2011, Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, in Cantù E., a cura di, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea; Cavazza M., De Pietro C. 2012, Assetto istituzionale e scelte di gestione in sei fondi sanitari, in Cantù E., a cura di, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea) e su nuove ricerche in corso.

Di fatto l'analisi riprende e integra quanto già presentato a CALASS 2011.

RISULTATI E DISCUSSIONE:

A conclusione dell'analisi saranno evidenziate, da un lato, le conseguenze potenzialmente critiche che lo sviluppo di tale "secondo pilastro" potrebbe avere per il SSN e, dall'altro, le condizioni perché invece tale sviluppo supporti positivamente il primo pilastro universalistico.

APPORTI/ INTERESSE DELLA COMUNICAZIONE IN RAPPORTO ALLO STATO DELL'ARTE O ALLE PRATICHE:

Gran parte dei sistemi sanitari à la Beveridge negli ultimi anni hanno previsto un maggior intervento privato, non solo nell'erogazione dei servizi, ma anche nel loro finanziamento. Il tema della tenuta dei sistemi pubblici in presenza di un diffuso ricorso ad assicurazioni private volontarie senza che queste abbiano un ruolo ben definito, è certamente d'interesse non solo per l'Italia ma per numerosi sistemi sanitari. La crisi economica e di finanza pubblica in corso in numerosi paesi europei e non solo rende ancora più rilevante tale tema.

Reforma del sistema ISAPRE chileno otro golpe a la equidad.

Mario Parada, Chile

Una de las primeras medidas que tomó el nuevo gobierno de derecha en Chile, fue formar comisiones de expertos en salud, la mayoría de ellos vinculados al sector privado, para realizar propuestas de cambio en la materia. En 2011, se emitieron los informes que sentaron las bases de un proyecto de ley actualmente en discusión, que reformará el sistema de seguros privados ISAPRE.

Las razones que justificarían esta reforma al sistema privado de aseguramiento de la salud, se derivan tanto del alza continua e injustificada de los precios base de los planes de las ISAPRE, como también por los cuestionamientos del Tribunal Constitucional a la existencia de tablas de factores que discriminan arbitrariamente respecto de la edad y sexo de las personas, en contraposición al “libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” establecidos en la Constitución Política.

Dicha reforma, consiste en la aplicación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) para todos los afiliados y beneficiarios del sistema de ISAPRES, de carácter obligatorio y con un precio único fijado por cada institución, sin discriminación por edad, sexo o condición de salud preexistente. Este plan incluiría las garantías explícitas en salud (GES), la cobertura para gastos catastróficos en salud y eventos de emergencia vital, el examen de medicina preventiva y la cobertura de enfermedades no GES por definir.

El presente ensayo tiene por finalidad realizar un análisis crítico de la propuesta de cambios, desde la perspectiva de la Salud Colectiva.

La propuesta del Plan Garantizado de Salud, estudiada y consensuada por representantes del gobierno, de la oposición (Concertación) y de las ISAPRES, no implica entonces una modificación al sistema de financiamiento de la salud en Chile, caracterizado por su segmentación, inequidad e ineficiencia. Perpetúa un sistema mixto de salud y crea un paquete de salud, alejándose de las recomendaciones de la OMS, y comprendiendo a la salud como una mercancía de consumo individual, y no como un bien colectivo. En definitiva, el plan garantizado en salud para el sector ISAPRE, es una propuesta que tiene por objeto salvar la privatización de la seguridad social y eliminar la judicialización de la defensa de los derechos de las personas, y junto a ello, hacer crecer el lucrativo negocio que realizan con la salud-enfermedad, ya suculento.

La creación de un PGS, mantiene la tendencia de delimitación explícita del derecho a la salud, alejando aún más al sistema sanitario de la recomendación de la OMS de reducir la brecha de ofertas de servicios para alcanzar la universalidad.

Las principales conclusiones del análisis crítico realizado son que existe un riesgo elevado de aumento de la inequidad en el acceso a la prestación de servicios debido a que las personas con más dinero podrán mantener o aumentar sus beneficios actuales y aquellas con menos ingresos tenderán a disminuir su acceso por el aumento del pago de bolsillo. Se puede asegurar que se trata de una propuesta que consolida las reformas neoliberales instaladas en Chile desde la década del 80.

Cargas de trabalho, um olhar sobre a Atenção Primária de Saúde – APS.

Eliane Pedrozo de Moraes, Magda Duarte dos Anjos Scherer et Denise Elvira Pires de Pires, Brasil

Este estudo tem como objetivo analisar a influência de uma tecnologia do tipo não material, a estratégia Saúde da Família (ESF), instituída como modelo de atenção primária no Brasil, nas cargas de trabalho dos profissionais que compõem as equipes. Busca identificar, em que sentido, os aspectos inovadores constantes nas práticas, na composição da equipe, nas relações, na organização e gestão do trabalho tem contribuído para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais.

Considerando que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é substitutiva ao modelo tradicional de assistência na APS, houve uma expansão na implantação de equipes em todo o país nos últimos anos. Dos 5.656 municípios, 5.260 possuem ESF implantadas, o que representa para a população brasileira uma cobertura populacional estimada de 54,78%, em março de 2013.

Estudos como esse são necessários para apoio à gestão no que corresponde a qualificação do trabalho na APS. Os profissionais de saúde das equipes estudadas enfrentam o desafio de implementar um novo modelo de atenção mais complexo que o tradicional. A investigação sobre “fontes” que aumentam ou reduzem as cargas de trabalho dos profissionais é relevante porque, apesar da área da saúde ser sensível às mudanças atuais no mundo do trabalho, o número de estudos sobre o tema ainda é muito pequeno, especialmente no que diz respeito aos seus efeitos para a organização do setor e para força de trabalho.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo inspirado em dois referenciais teórico-metodológicos, cujos principais teóricos são Asa Cristina Laurell e Yves Schwartz. Laurell traz o conceito de “cargas de trabalho” como elementos encontrados no processo de trabalho que interatuam entre si e o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica. Schwartz desenvolveu a abordagem “ergológica”, que parte da análise de situações reais de trabalho, da ação em si, mostrando que existe uma grande diversidade de possibilidades interferindo nas cargas de trabalho, fortemente influenciadas pelo contexto macro político institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho e pelas suas escolhas. Ou seja, a realização de atividades de natureza semelhante, é influenciada pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, as quais se expressam nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros, resultando em múltiplas diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

Participaram da pesquisa 19 profissionais de 3 equipes da estratégia SF. Para a coleta de dados foram feitas observações, análise documental e entrevistas. A análise foi realizada através da técnica de Análise Temática de Conteúdo de Laurence Bardin e do uso do software AtlasTi 7.0.

Dentre os resultados relacionados aos elementos que aumentam e reduzem as Cargas de Trabalho, foram encontrados 09 categorias e um total de 55 temas (aumenta a carga) e 06 categorias e 31 temas (reduz carga). Os principais aspectos mencionados como causadores do aumento das cargas são falhas na gestão e falhas na composição dos pontos de atenção da rede, dificultando a coordenação do cuidado. Os principais aspectos mencionados como causadores da redução da carga são o trabalho em equipe e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

SESSION 24 – Salle 4

Thème : Formations des professionnels et modifications des pratiques 2

Préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques : Une étude Delphi.

Marie-Pierre Gagnon, Randa Attieh, Patricia Vasquez Perez et Nadine Tremblay, Québec

Contexte. Les changements organisationnels sont de plus en plus importants dans le milieu des soins de santé, et l'accent doit être mis sur leur contribution à la gestion, à plus long terme, des soins chroniques. Compte tenu de l'intérêt actuel porté sur l'identification et l'évaluation des déterminants organisationnels dans l'application des connaissances dans les services de soins chroniques, nous avons réalisé une revue systématique sur les fondements théoriques de la préparation organisationnelle du changement. Suite à cette étude, nous avons identifié 17 dimensions et 59 sous-dimensions afin de mesurer la prédisposition organisationnelle au changement dans les services de santé. L'objectif de cette étude était de parvenir à un consensus sur l'importance et l'applicabilité des dimensions et sous-dimensions identifiées dans la revue de la littérature pour mesurer la préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques.

Méthodologie. L'étude Delphi à trois phases est conduite parmi un groupe d'experts internationaux dans les domaines de la préparation organisationnelle, de l'application des connaissances et / ou des soins chroniques. Les participants sont recrutés par le moyen des contacts du réseau des collaborateurs du projet. Au total, 74 participants ont été identifiés et ont reçu par courriel une lettre personnalisée les invitant à participer à l'étude. Un questionnaire est envoyé aux participants dans un intervalle de deux semaines entre chaque phase. Le questionnaire Delphi en ligne demande aux participants d'évaluer l'applicabilité et l'importance de 17 dimensions et 59 sous-dimensions sur une échelle Likert à cinq points (1 = totalement en désaccord à 5 = totalement d'accord). Quatorze des 74 experts ont accepté de participer à l'étude Delphi.

Résultats. De l'ensemble des opinions récoltées chez les experts lors des trois phases de l'étude Delphi, nous avons noté un fort consensus ($\geq 75\%$) autour de six des 17 dimensions et de 30 des 59 sous-dimensions comme éléments importants et applicables pour mesurer la préparation organisationnelle dans l'application des connaissances dans les soins chroniques. Les six dimensions retenues dans le modèle final sont : Climat organisationnel pour le changement, facteurs contextuels organisationnels, contenu du changement, leadership et participation, support organisationnel et motivation.

Conclusion. Les résultats de l'étude Delphi ont permis de recueillir un consensus auprès d'experts sur l'importance et l'applicabilité de six dimensions et 30 sous-dimensions clés pour évaluer la préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques. La prochaine étape du projet de recherche consistera à développer un questionnaire afin de mesurer ces construits.

Les ressources humaines face aux enjeux des prises en charge domiciliaires : un rôle fédérateur pour l'intégration d'un nouveau métier.

Sandrine Fellay Morante, Suisse

La recherche appliquée menée dans notre institution - 2000 collaborateurs/16'000 clients, canton de Genève, Suisse - porte sur l'évolution des métiers de la santé dans le contexte des soins domiciliaires. Plus précisément nous traitons de l'intégration d'un nouveau métier dans une organisation du travail en mutation et de sa gestion sous l'angle des pratiques professionnelles, managériales et ressources humaines.

Cette problématique découle d'un constat : malgré l'arrivée sur le marché de l'emploi en Suisse d'un nouveau profil professionnel de niveau secondaire II, les assistants en soins et santé communautaire (ci-après ASSC), et les mesures importantes de qualification et d'intégration mises en oeuvre au sein de notre institution, celui-ci n'occupe pas le champ professionnel défini par l'ordonnance fédérale de formation et ne remplit pas le cahier des charges prescrit spécifiquement pour notre environnement. Dans un contexte de complexification des besoins de la clientèle et d'évolution des compétences requises pour leur prise en charge, l'étude a eu pour objectif d'identifier les dimensions intervenant dans l'intégration des ASSC, de développer de nouveaux modèles de collaboration et de faire évoluer les représentations des professionnels.

Nous avons fait l'hypothèse que dans une organisation du travail en mutation, l'intégration des ASSC constitue un levier de développement majeur des pratiques professionnelles, managériales et ressources humaines et dépend fortement de l'évolution des représentations du corps infirmier.

Afin de disposer d'un ancrage théorique, nous avons passé en revue dans la littérature les apports concernant l'ingénierie de formation, la gestion des ressources humaines et la sociologie des organisations avec un détour par les concepts d'identité et de représentations.

Afin de valider notre hypothèse, nous avons mis en place, au niveau de la direction générale, un comité de pilotage chargé d'évaluer la situation et proposer une stratégie institutionnelle. Nous avons réalisé à la fois une évaluation qualitative à l'aide d'entretiens avec le management intermédiaire et de proximité, les pratiques professionnelles et les spécialistes en ressources humaines et une évaluation quantitative par l'élaboration d'indicateurs identifiant le travail réel des ASSC. Du fait de l'évolution nécessaire des représentations de tous les acteurs, nous avons mis en place, dans un deuxième temps, des groupes de travail pluridisciplinaires sur les variables clés identifiées pour définir de manière consensuelle les principales règles de gestion opérationnelles.

Notre démarche a montré que dans un environnement de travail et de formation en mutation, un pilotage institutionnel renforcé associé à une prise en charge pluridisciplinaire permet l'identification exhaustive des dimensions intervenant dans l'intégration d'un nouveau profil professionnel. Au-delà de représenter un véritable challenge institutionnel, l'intégration d'un nouveau professionnel constitue également une opportunité de développer les processus collaboratifs internes. Notre démarche a, notamment, mis en exergue trois éléments : la corrélation indispensable des dispositifs de formation avec la gestion opérationnelle, le développement nécessairement conjoint des pratiques de management et de gestion des ressources humaines et enfin, l'importance de l'accompagnement aux changements de tous les acteurs et professionnels impliqués.

L'allongement de la durée de vie et les prises en charge de longues durées qui en découlent placent, aujourd'hui, les institutions et les politiques de santé devant de grands défis. L'articulation des rôles respectifs des professionnels est en fort questionnement et stimule l'innovation dans le champ des politiques de formation. Forts de notre expérience, nous ne pouvons qu'encourager ces mutations et inciter les politiques à promouvoir l'évolution des systèmes de formation tout en soulignant le réel effort à fournir pour coordonner et accompagner le changement dans les organisations. Une modification dans le chaînage des professionnels entraîne à la fois une transformation de l'organisation du travail et une évolution des représentations. Si la première se gère, la deuxième se construit dans un contexte qui sait donner du sens à ce qui est entrepris.

Quelle valeur pour les programmes de soutien aux aidants ? Le cas des aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer de l'enquête HSA.

Chloé Gervès, Martine M Bellanger, France

Contexte : En France, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) représentaient entre 2% et 4% de la population âgée de 65 ans ou plus en 2010. Cette part importante de patients âgés atteints d'une maladie chronique représente un enjeu de santé publique et constitue un challenge en termes d'allocation de ressources publiques lorsque celles-ci tendent à se réduire. Les soins informels représentaient 55% du coût total de la MA dans les 27 pays de l'Union Européenne (UE27) et 60% en France. Cette dernière consacre une part relativement plus importante aux soins informels qui vont progressivement constituer la pierre angulaire des soins pour la MA. Si les décideurs publics souhaitent s'appuyer davantage sur l'aide informelle dans le cadre de la prise en charge de cette maladie, ils doivent développer des politiques efficaces afin d'alléger le fardeau des aidants, qui s'avère coûteux en raison de la détérioration de leur état de santé, de la diminution de leur qualité de vie, et de la perte de productivité sur le marché du travail.

Objectifs de la recherche : Les solutions de répit et de soutien aux aidants sont présentées comme des interventions adaptées pour « alléger le fardeau de l'aide et soutenir les aidants face au prolongement de leur activité d'aide ». Cette recherche propose d'analyser cette assertion dans le cas de la France, en se centrant sur la question suivante : est-ce que la disposition à payer (DAP) des aidants informels pour être remplacés est influencée par leur besoin de trouver des solutions de répit ? En d'autres termes, quel est l'impact du besoin de répit des aidants sur la valeur monétaire qu'ils attribuent à leur activité d'aide ?

Echantillon et recueil de données : Les données utilisées pour cette étude proviennent de la fusion de deux enquêtes représentatives de la population française en 2008: les enquêtes Handicap Santé Ménage (HSM) et Handicap Santé Aidants (HSA). L'échantillon retenu comprend 193 aidants informels de patients atteints de la MA, 62% sont des femmes et ils ont 62 ans en moyenne et 50% gagnent moins de 2000€ par mois et 61% sont retraités. Seulement 52% des aidants ont estimé une DAP supérieure ou égale à 0.

Méthode : Nous avons utilisé la méthode d'évaluation contingente qui s'appuie sur les préférences « déclarées » des aidants pour approximer la valeur monétaire de l'aide apportée, la DAP. Pour analyser les données, nous avons choisi un modèle de sélection estimé par la méthode en deux étapes d'Heckman. La variable dépendante est la DAP pour être remplacée des aidants et parmi les variables indépendantes, trois variables relatives au besoin de soutien des aidants : le besoin de programme de formation, le besoin de répit et le besoin d'intégrer un groupe de parole.

Résultats: La DAP pour se faire remplacer des aidants est influencée par le besoin de formation à l'activité d'aide ($p < 0.05$). Le besoin de répit à domicile n'a pas d'impact significatif sur la DAP des aidants, mais le fait d'avoir déjà recours à une

forme de répit professionnel ou informel accroît la probabilité d'estimer la DAP ($p < 0.05$). Les activités instrumentales de la vie quotidienne ($p < 0.05$) et celles de surveillance ($p < 0.01$) ont un impact significatif sur la DAP des aidants. Cette dernière est également significativement associée au revenu des aidants ($p < 0.05$) et au lien de parenté entre l'aidant et l'aidé ($p < 0.01$). Plusieurs impacts intangibles de l'aide influencent la probabilité d'estimer la DAP ($p < 0.01$).

Discussion et Apports/intérêts: L'investissement dans un programme de formation aux aidants semble adapté pour mener une politique publique efficiente qui se fonderait principalement sur l'aide informelle dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

De notre point de vue, la question de la disposition à payer des aidants pour diminuer leur temps d'aide n'a jamais été mise directement en relation avec le besoin de soutien des aidants. Ce travail permet aussi de conforter l'utilisation la méthode d'évaluation contingente dans ce type de recherche et peut être étendue à une autre maladie chronique.

SESSION 25 – Salle 5

Thème : Les processus patients

Session organisé par: Mathieu Louiset, Université catholique de Louvain. Faculté de Santé Publique

Situation et perspectives du « Réseau Itinéraires Cliniques » en Belgique.

Natacha Viseur, R. Dierckx de Casterlé, M. Karam, Xavier de Bethune et Elisabeth Darras, Belgique

Le contexte et la description du problème. Le Réseau Itinéraires Cliniques (RIC), est un réseau composé d'institutions de soins belges francophones, suisses et luxembourgeoises, ayant pour mission de soutenir les institutions membres à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'Itinéraires Cliniques (IC) via une méthodologie participative centrée sur le patient. Après 9 ans d'existence, plus d'une trentaine d'institutions de soins se sont affiliées au RIC, lequel a formé plus de 70 personnes à la méthodologie des IC. A travers cette méthodologie, le RIC met l'accent sur le développement d'aptitudes en gestion de projet, en démarche qualité. Aujourd'hui, le RIC aimerait replacer son approche processus dans un contexte plus large afin de mieux répondre aux nouveaux défis lancés aux institutions de soins (notamment l'accréditation). Pour ce faire, le RIC s'est engagé dans une démarche d'Eveil à l'Excellence afin de définir la mission, la vision, les valeurs et le plan stratégique pour les 5 ans à venir.

Les objectifs de la recherche. Intégrer un Réseau apporte une valeur ajoutée pour les institutions affiliées, à savoir bénéficier d'une formation et d'échanges d'expériences, implémenter une méthodologie et favoriser la pérennisation des IC au sein de leur institution. Aussi, au vu du nouveau paysage dans lequel les institutions de soins devront évoluer, il est indispensable que le RIC évolue vers une gamme plus large et plus adaptée aux besoins des équipes multidisciplinaires. Afin de confronter ces hypothèses à la réalité du terrain, nous présentons ici le bilan d'une tournée dans les institutions affiliées en 2011 (un potentiel de 14 institutions).

Les théories, les méthodes, les modèles, les matériels employés. Nous avons conçu un guide d'entretien, qualitatif, qui reprend 7 dimensions, la plupart du temps à questions ouvertes. Ces dimensions portent sur (1) l'inventaire des IC; (2) le fonctionnement interne de la coordination IC; (3) l'état des lieux de l'informatisation dans les institutions; (4) l'implication des patients dans les IC; (5) la communication autour des IC (interne et externe); (6) les autres moyens mis en place pour la pérennisation des IC; (7) les attentes par rapport au réseau. Des interviews face à face ont été conduites auprès de 11 coordinateurs parmi les 8 institutions ayant accepté de participer.

Les résultats et la discussion. Les institutions affiliées au RIC apprécient fortement la formation, le partage d'expériences et les rencontres avec des experts externes. L'implémentation des IC et leur réussite varient fortement d'une institution à l'autre, dépendant des ressources humaines (mi-temps dédié ou non aux IC) et matérielles (informatisation) octroyées, mais surtout de la motivation des collaborateurs, l'implication des médecins et des directions. Les IC, élaborés selon la méthodologie proposée par le RIC, semblent couvrir la majorité des patients qu'ils visent, mais ne concernent encore qu'une très petite partie des admissions ($< 10\%$). Nous pouvons affirmer que le patient est bien impliqué dans sa propre prise en charge que ce soit par une information individuelle ou collective, oralement ou par écrit. La communication autour des IC se fait par l'intermédiaire de différents outils (journal interne/externe, site web, mails,...). La pérennisation des IC, quant à elle, dépend de la vision commune du pouvoir décisionnel ainsi que de l'appropriation du projet par les équipes de terrain. Enfin, les attentes des coordinateurs vis-à-vis du RIC portent essentiellement sur un suivi personnalisé, sur l'acquisition de nouvelles connaissances et sur les échanges d'expériences.

En conclusion, la plus-value que peut apporter le RIC aux institutions correspond en grande partie aux attentes du terrain, avec cependant un effort à fournir quant au suivi individualisé, à la pérennisation et visibilité des IC. La pérennité du RIC dépendra principalement de sa capacité à répondre à de nouvelles demandes des équipes multidisciplinaires des unités de soins, à adapter sa méthodologie dans un contexte plus large, à développer des collaborations transmursales, à augmenter la visibilité des IC et/ou du processus centré sur le patient.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. Le RIC s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité de son réseau pour répondre de manière optimale aux nouveaux défis lancés. Cette recherche a permis d'affiner 4 grands axes stratégiques, nous permettant aujourd'hui d'avoir une vision basée sur l'avenir et sur les éléments essentiels qui permettront la viabilité du RIC : visibilité, dynamique réseau, pérennité et recherche.

Les transferts intramuros des patients : implémentation du projet, recommandations et diffusion des bonnes pratiques.

Mathieu Louiset, Xavier de Béthune et Elisabeth Darras, Belgique

Thème de la communication. Parcours de soins et prise en charge, logistique et modèle d'organisation.

Les transferts de patient stables sont une problématique importante présentant un risque d'incidents surtout pour des patients chroniques réalisant de nombreux aller-retour dans nos institutions et hôpitaux.

Cette communication porte donc sur le thème principal du CALASS 2013 (quels parcours de soins, quelles filières de prise en charge ?)

Objectifs de la recherche. Avec le soutien du Service Public Fédéral Belge Santé Publique, les Ecoles et Faculté de santé publique de l'UCL, de l'ULB et de l'U Liège ont réalisé durant trois années consécutives une formation-action ayant pour thème les transferts de patients stables.

Avec les participants, les objectifs étaient de :

- Créer un modèle de gestion des transferts internes des patients sur base de l'analyse des processus de transferts intramuros dans les sites pilotes.
- Élargir le modèle aux transferts des patients extramuros.
- Renforcer la sécurité des patients et favoriser le développement d'une culture de sécurité positive.
- Créer une synergie au sein d'équipes hospitalières et entre elles sur base de méthodes de travail communes. Élargir cette dynamique aux collaborations inter-institutions.

La méthode reposait principalement sur :

- L'application aux transferts des patients de la méthodologie préconisée par le SPF Santé Publique pour optimiser la gestion des processus, sous forme de 6 journées de formation-action.
- L'intégration dans la formation d'une sensibilisation, et de l'initiation à deux autres thèmes du plan pluriannuel 2013-2017 du Service Public Fédéral : l'identification des patients, et l'auto-évaluation.

Contexte et description du problème. La littérature internationale identifie les transferts de patients comme une source importante d'incidents et de presque incidents. Une enquête nationale sur la qualité des soins et la sécurité des patients avait révélé que la communication entre les équipes était mal perçue par le personnel.

Les transferts ont donc été choisis parce que la collaboration entre les différentes professions n'est pas toujours facile.

Par ailleurs, les institutions ont encore souvent besoin d'un soutien théorique et pratique pour la mise en place de projets d'amélioration continue.

Théories, méthodes, modèles et matériaux employés. A partir du cycle PDCA, nous avons utilisé des outils validés comme par exemple : plan de communication, OSSIE guide, SBAR, ISOBAR, Check liste et feuille de transfert.

La méthode de transmission de ces différents outils fut une formation action avec proposition d'accompagnement des équipes de terrains. Pour chaque projet, 5 personnes étaient formées : un coordinateur du projet, 2 membres de l'équipe donneuse de patients et deux membres de l'équipe receveuse.

Résultats et discussion. Ces trois années de projet, nous ont permis de former une petite centaine de personnes venant de 17 hôpitaux.

Les modules comprenaient des sessions théoriques, des exercices pratiques et des échanges d'expérience sur les thèmes suivants :

- Analyse de situation
- Formulation d'objectifs
- Définition des tâches et des responsabilités
- Identification d'interventions-clés
- Logigramme
- Développement d'indicateurs

Ce travail nous a permis progressivement de définir et de faire valider des recommandations pratiques que nous diffusons dans les hôpitaux avec l'aide du SPF SP.

Apports et intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. Une évaluation du degré d'atteinte des objectifs formulés par les équipes elles-mêmes est en cours de réalisation. Plusieurs projets d'amélioration

des transferts ont abouti et ont été diffusés à d'autres unités de soins dans les institutions participantes. Les défis qui restent sont d'assurer une diffusion plus large et un respect plus systématique des recommandations établies.

El programa de Atención al Enfermo Crónico en el Hogar: ¿Una respuesta a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica?

Juana Castro Ramírez, Adriana Urbina Aguilar et Elsa Alvarado Gallegos, México

Contexto y descripción del problema: Las condiciones de salud de la población adulta mayor que requieren cuidados de largo plazo, muestran desafíos importantes para los servicios de salud, particularmente cuando se requiere de atención y cuidado continuo en el ámbito domiciliario. Los ancianos representan un grupo poblacional vulnerable al mostrar de manera concurrente la presencia de diversos eventos crónicos, discapacidad y dependencia, lo que da lugar a necesidades sociales y de salud de los ancianos como población vulnerable, que exigen de políticas de protección social y estrategias específicas como es el cuidado de largo plazo en el domicilio. Los retos y prioridades de las políticas y estrategias de salud para la atención integral y de calidad para los adultos mayores se orientan a la adecuación de los servicios de salud, integrando los tres niveles de atención, la evaluación integral a través del equipo multidisciplinario de salud, garantizar el acceso a los medicamentos, la educación al paciente, el apoyo al cuidador familiar, atención a la salud mental así como la regulación de cuidados prolongados.

Una de las directrices para responder a esta problemática ha sido la extensión de la atención hospitalaria al ámbito domiciliario, así como la estrategia de fortalecer la vinculación de los sistemas de atención institucional con el sistema de cuidado y familiar e incidir en la calidad y bienestar de los viejos como grupo socialmente vulnerable. En México el Programa de Protección Social al Adulto Mayor tiene como objetivo fundamental proteger al adulto mayor, que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social. Dicho así, en las instituciones de seguridad social se cuenta con el Programa de Atención domiciliaria al enfermo crónico, conformado por un equipo multidisciplinario, cuyo propósito es dar respuesta a las necesidades de salud de la población anciana a través del contacto con el cuidador familiar en el hogar. A través de este estudio se pretende referir de qué manera el programa responde estas necesidades de protección social y salud de los ancianos desde la perspectiva del profesional de salud y el cuidador familiar.

Objetivo : Describir la estrategia del Programa de Atención Domiciliaria como respuesta a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica, en una institución de seguridad social.

Informantes y método: Estudio cualitativo realizado en cuatro unidades médicas del instituto mexicano del seguro social en una ciudad de México, en las cuales se implementaba el Programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) Para la realización de esta investigación, se privilegió la utilización de la entrevista individual semi-estructurada y el diario de campo como técnicas de recolección de la información. Así, se realizaron en total 36 entrevistas semi-estructuradas (20 dirigidas a cuidadores familiares, diez a enfermeras, tres a médicos y tres a trabajadoras sociales). El propósito de ésta técnica fue recabar información lo más específica de la perspectiva sobre el PADEC, particularmente como respuesta de éste a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica. Se incluyeron tres tópicos: importancia del programa, características de la atención que ofrece el equipo de salud y escenarios futuros del programa. Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas integralmente a la computadora¹. Así a través de un proceso de lecturas repetidas, de segmentación, de codificación y de categorización, los temas fueron contruidos y relacionados. Esta investigación fue sometida al comité de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de San Luis Potosí, S.L.P., a fin de aprobar su implementación. Así mismo, durante todo el desarrollo de la investigación se solicitó a los participantes firmar un formulario de consentimiento. La confidencialidad de los datos recabados² fue respetada durante todo el estudio, haciendo uso de pseudónimos y tomando en cuenta implicaciones eventuales para los participantes.

Resultados y discusión: Se presenta la perspectiva del cuidador familiar y del profesional del área de la salud que participan en el Programa.

Conclusión: Las voces de los cuidadores familiares y el personal de salud expresan que el Programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) de alguna manera responde a la problemática y necesidades de salud del anciano en el hogar y al cuidador familiar. Ambos reconocen que el Programa como parte del sistema de cuidado institucional constituye un apoyo para el anciano y el cuidador familiar en el cuidado de largo plazo en el hogar. Los cuidadores familiares muestran una expectativa hacia el programa en tanto personalice más el apoyo al cuidador familiar y vaya mas allá de un programa centrado en el enfermo y en la capacitación del cuidador familia, es decir, que también se sensibilice hacia su situación de desgaste físico y emocional. Para el personal de salud, el programa viene a ser un mecanismo para la contención de costos a la institución, optimiza el gasto de bolsillo a los usuarios del programa, y un programa pertinente dirigido al bienestar del receptor del cuidado y el cuidador familiar.

Se puede concluir que aun cuando el Programa responde a las necesidades de atención a la salud del anciano con enfermedad crónica y dependencia, este, no está definido como una estrategia en la política de protección social al anciano y al cuidador familiar en el marco de las relaciones de apoyo entre el sistema de cuidado institucional y el sistema de cuidado familiar.

Horaire : 16 :00 – 17 :30

SESSION 26 – Salle 1

Thème : Une monographie de secteur psychiatrique : l'exemple de CEARA

Inovação em saúde mental sob a ótica dos usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil.

Maria Lúcia Bosi, Liliane Brandão Carvalho, Veronica Moraes Ximenes, Anna Karynne da Silva Melo et Maria Gabriela Curubeto Godoy, Brasil

Este estudo se originou na pesquisa *“Práticas Inovadoras e Desinstitucionalização: Analisando um Movimento Comunitário em Saúde Mental no Nordeste do Brasil”* que abrange uma análise multidimensional da categoria *inovação* em saúde mental focalizando um movimento comunitário – o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ ou Movimento). Nosso propósito foi interrogar se e como as experiências em curso no Movimento constituem efetivamente práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo, com vistas a subsidiar políticas e estratégias de intervenção sanitária. O MSMCBJ realiza suas ações predominantemente na região do Grande Bom Jardim, periferia mais pobre de Fortaleza, e tem como proposta enfrentar o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas e psicossociais, valorizando as pessoas que chegam em situação de sofrimento, oferecendo-lhes diferentes modalidades de cuidado. Suas atividades são organizadas em cinco eixos: Terapêutico; Educativo; Arte, Música, Espetáculo e Cultura; Profissionalizante; e Formação. Neste estudo, focalizamos as atividades do Eixo Terapêutico, constituído pelas atividades de Terapia Comunitária, Massoterapia, dentre outras.

Sabemos que o processo em curso da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus avanços demandam a construção de novos modos de estar diante da pessoa em adoecimento, instituindo no campo da saúde mental práticas inovadoras de desinstitucionalização e de inclusão social que se materializam em uma rede de cuidados centrada no território. Tal avanço demanda, assim, a realização de estudos que abordem experiências consideradas efetivas na construção de redes psicossociais e de novas práticas em saúde mental.

É justamente nesse escopo investigativo que se insere a presente proposta. Tal empreendimento se justificou, tendo em vista a visibilidade nacional e internacional do Movimento, dentre outros indícios de que o mesmo vem operacionalizando um modelo diferenciado, afetando a vida de quem nele participa, no sentido de promover uma melhoria em várias esferas da existência dessas pessoas, propiciando seu empoderamento na busca por mudanças pessoais e sociais. Contudo, até o presente momento essa experiência não se encontra sistematizada, nem tampouco avaliada com base em pressupostos e procedimentos pautados pelo rigor científico, constituindo assim uma lacuna na literatura.

Dado que a dimensão do cuidado se constitui como valor, ou seja, um bem simbólico circulante a partir do qual emergem novas relações e vínculos, justifica-se uma análise desta experiência, em uma perspectiva multidimensional, privilegiando aqui a visão dos usuários – ainda que entendida como parte do estudo mais amplo, de maneira a contribuir com novas reflexões para o campo da saúde mental na direção de novos modelos que possam subsidiar a reforma em curso.

O percurso metodológico delineou-se na abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, em uma vertente crítico-interpretativa, empregando como técnicas, entrevistas em profundidade associadas a grupos focais. A categorização analítica das informações foi construída a partir de um modelo fundado nas dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, abrangendo distintos planos: epistemológico; assistencial, jurídico-política e sociocultural. Os resultados revelam: ênfase no sujeito social doente, não mais na doença; acolhimento como fundamento propositivo das ações; co-produção de diálogos genuínos com múltiplos atores envolvidos; e construção da autonomia e fortalecimento do poder pessoal. Tais elementos evidenciam que as práticas de cuidado tecidas no cotidiano do Movimento implicam desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, desse modo, contribuindo para a desinstitucionalização.

L'art comme hygiène chez les aînés : le cas des pinces d'or.

Hubert Wallot, Québec

Plusieurs recherches, notamment Gene D Cohen (2007), ont démontré l'impact positif d'activités artistiques pour les personnes âgées. À Québec, trois artistes peintres professionnels fondèrent en 2006 un organisme sans but lucratif, Les pinces d'or. Sa mission est de valoriser les aînés démunis financièrement et/ou psychologiquement à travers une expérience positive d'apprentissage de la peinture. L'organisme intervient dans des CHSLD et dans des HLM et des centres de jours auprès de personnes référées par les CLSC ou les organismes communautaires. L'unique condition de participation : être une personne âgée capable de tenir un pinceau, expérience nouvelle pour la grande majorité. La personne est invitée, sans obligation, à utiliser ses souvenirs pour personnaliser son sujet, occasion d'échanges émotionnels positifs avec les autres, sans compter le plaisir, partagé, de découvrir qu'on peut apprendre encore, même en présence d'Alzheimer ou des séquelles d'ACV. Les participants ont en moyenne 81, mais 4 centenaires (dont une personne de 109 ans). Nous comptons présenter l'approche humaniste de l'organisme et les résultats d'une étude qualitative par le

CEVQ (Centre d'excellence sur le vieillissement du Québec qui a fait des entrevues auprès des sages artistes, de leur famille et des artistes guides. Nous voulons montrer d'abord qu'il s'agit bien d'un processus artistique en évolution et que l'art est une forme d'hygiène, notamment dans la vieillesse. Nous voulons montrer aussi que le processus de vieillir en santé suppose un ajustement d'un développement personnel qui ne doit pas s'arrêter. Et, les personnes âgées retrouvent, dans l'expérience d'apprendre à peindre aux Pinceaux d'Or, les éléments suivants de la philosophie du rétablissement : projet(s) de vie qui s'ajuste(ent) au contexte, empowerment (développement et maintien du contrôle sur sa vie), inclusion sociale (insertion satisfaisante dans le lien social) et espoir (comme position active face au futur). Et cette démarche a de plus une fonction identitaire (intégration de sa propre trajectoire de vie) et de laisser une «trace» (principalement à la famille) à cette étape de la vie où Erickson situe l'étape de vie «identité-désespoir». L'organisme a remporté le prix d'humanisme de l'Association des médecins psychiatres du Québec (2009) et est cité comme pratique modèle dans la récente Politique sur le vieillissement du Gouvernement du Québec (2012).

Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical.

Taís Bleicher, José Célio Freire et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

Este trabalho é oriundo da pesquisa de tese intitulada “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. O município de Quixadá se situa no sertão central do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, e deu início à implantação de sua política de saúde mental no ano de 1993, com a criação de um equipamento chamado Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Foi o terceiro CAPS do estado do Ceará e desde então se destaca no cenário nacional.

Diante de tal projeção, foi desenhada pesquisa histórica, no gênero da História Social, com o objetivo de realizar uma avaliação sobre a política de saúde mental de Quixadá. O período em questão marca o início da gestão municipal que criou o CAPS e mais quatro gestões subsequentes. Com isso, seria possível avaliar também as mudanças ocorridas de acordo com o grupo que ocupava o poder na época. Foi realizado levantamento: bibliográfico sobre as categorias-chave da pesquisa, da legislação nacional e local em saúde e saúde mental, de documentos da rede de saúde em Quixadá e entrevistas com prefeitos, secretários de saúde e trabalhadores do período em questão, além de usuários e familiares de usuários atendidos pelo serviço.

A análise dos documentos e das entrevistas apontam para o fato de que a gestão que deu início ao processo criou um grande projeto de municipalização da saúde e participação popular. No campo da saúde mental, o primeiro supervisor do período e um dos psiquiatras que trabalhou no início do serviço relatam intervenções sobre a sociedade, e não apenas sobre o paciente. Além de o paciente e sua família precisarem de cuidados, intervenções se faziam necessárias no sentido de apresentar a loucura à cidade, deixá-la afetar a comunidade e não escamotear sua estranheza, como forma de diminuir o preconceito. Este modelo de Atenção Psicossocial diferencia-se, pois, do modelo de hospital-dia. Enquanto o último mantém um viés hospitalocêntrico, no entanto, com maior liberdade e possibilidade de vivência de cidadania por parte do paciente, a Atenção Psicossocial, ao invés de tentar adaptar o doente mental à sociedade, constituiria-se em um modelo de reabilitação que busca transformar a sociedade de forma a que ela seja mais sensível à alteridade.

Utilizando como referencial teórico a ética da alteridade radical, como proposta por Emmanuel Lévinas, tais depoimentos dos entrevistados são analisados e se propõe a criação de um novo critério de avaliação dos serviços em saúde mental, qual seja, sua efetividade em gerar, na sociedade, novas formas de lidar com a diferença e com o outro, uma vez que os critérios existentes costumam centrar-se no paciente e no serviço, e não na sociedade. Cabe enfatizar que esta forma de lidar com o outro caminha na contramão de uma intervenção que visa eliminar a diferença ou totalizá-la, já que a alteridade, em sua forma radicalizada, não pode ser eliminada.

O auxiliar em saúde mental: da concepção ideológica à prática do serviço.

Taís Bleicher et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

Este trabalho faz parte de pesquisa maior, intitulada “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. O município de Quixadá se situa no sertão central do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, e deu início à implantação de sua política de saúde mental no ano de 1993, com a criação de um equipamento chamado Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que foi o terceiro CAPS do Ceará. Por sua forte presença no cenário estadual e nacional, a política de saúde mental de Quixadá foi tomada como objeto de estudo.

Realizou-se pesquisa histórica, no gênero da História Social, com o objetivo de realizar uma avaliação sobre a política de saúde mental de Quixadá. A História Social é um gênero oriundo da escola de Annales, que se dedicou a grupos sociais negligenciados pelos historiadores tradicionais. Sem deixar de lado a história política, incluiu em seus estudos grupos sociais negligenciados pelos historiadores tradicionais, como trabalhadores, escravos, gente comum. Além disso, ampliou o conceito de documento para tudo aquilo que pode servir como testemunho sobre o passado.

Nesta pesquisa, foi realizado levantamento: bibliográfico sobre as categorias-chave da pesquisa, da legislação nacional e local em saúde e saúde mental, de documentos da rede de saúde em Quixadá e entrevistas. Foram entrevistados desde os gestores municipais e secretários de saúde, como convém à história política, assim como os supervisores, trabalhadores do período e alguns usuários do serviço de saúde e familiares, à maneira da História Social. Assumir tal metodologia contribuiu para confrontar as diversas perspectivas dos grupos em questão.

Segundo o primeiro gestor municipal, que criou a política de saúde mental de Quixadá, havia um plano de democratização da gestão, como um todo, e dos processos de trabalho, em específico. Assim, toda a equipe de trabalhadores era estimulada a participar de avaliações e planejamento intersetoriais, da mesma maneira que foi incentivada a atuação dos conselhos municipais, inclusive os de saúde, e a participação popular nos processos decisórios da gestão.

No âmbito da saúde mental, o primeiro supervisor de sua política em Quixadá, além de um dos primeiros psiquiatras do serviço relatam a criação da figura do auxiliar em saúde mental. Não se tratava de uma nova profissão, mas de uma nova compreensão sobre o trabalhador do serviço de saúde mental. O entendimento era de que o profissional da saúde não era apenas aquele graduado em cursos específicos, como Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem; mas sim todos aqueles que participavam do serviço, inclusive de nível médio e fundamental. O auxiliar em saúde mental poderia ser motorista, auxiliar administrativo ou auxiliar de serviços gerais. Na prática, isto significa que eles participavam das reuniões de equipe, incluindo supervisões, discussões de casos clínicos, planejamento das atividades do serviço. Segundo o psiquiatra supracitado, escutar estas outras vozes e saberes possibilitava à equipe um conhecimento mais complexo sobre cada caso. Os auxiliares se constituíam, também, como profissionais do cuidado e frequentemente eram eleitos, pelos pacientes, como profissionais de referência.

Nos relatos dos auxiliares, essa diretriz superior se presentificava no cotidiano da atuação. Aparentemente, esta postura favoreceu: a diminuição do estigma em relação ao doente mental por parte do próprio auxiliar; a diminuição interna da hierarquia entre os profissionais; a constituição de todos os trabalhadores em profissionais do cuidado; maior identificação, vinculação e satisfação com o trabalho e com os demais trabalhadores do serviço, independente de seus cargos. Diante do exposto, compreende-se que no campo da Atenção Psicossocial não é necessário criar novas profissões, mas favorecer aos profissionais de distintas formações e graus de escolaridade a possibilidade de contribuir e se beneficiar da complexidade do trabalho necessariamente interdisciplinar em saúde mental.

Distintas trajetórias no fazer-se psiquiatra reformista.

Taís Bleicher et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi balizada por quatro conferências nacionais de saúde mental – CNSM. A primeira, ocorrida em 1987, tinha caráter doutrinador e criou as bases para uma nova política em saúde mental. Neste momento, pós-ditadura militar, vários movimentos sociais estavam em ebulição e as questões referentes à saúde culminaram na criação do Sistema Único de Saúde-SUS, o atual sistema público brasileiro de saúde.

Na primeira conferência, várias críticas e sugestões foram direcionadas ao tema da formação dos recursos humanos em saúde mental. Seria necessário combater a psiquiatrização do social e a alienação das ações. As universidades deveriam realizar uma transformação curricular que se articulasse com os princípios da reforma, segundo uma visão complexa e crítica do processo saúde-doença, em que se destacassem os determinantes sociais do mesmo, exigindo vasta articulação de saberes.

O presente trabalho apresenta a análise de três depoimentos coletados para pesquisa da tese intitulada: “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. A pesquisa foi realizada na perspectiva da História Social e da História Oral como referenciais teórico-metodológicos. Os trabalhadores que participaram da execução da política foram convidados a dar entrevistas, com ênfase para a trajetória profissional. Foram selecionados três depoimentos: do primeiro supervisor da política de saúde mental de Quixadá, psiquiatra formado na década de 1970; de um dos primeiros psiquiatras do serviço, formado na década de 1990, e de uma das atuais psiquiatras, formada na década 2000. Todos se graduaram na Universidade Federal do Ceará.

A análise das entrevistas indica pequena relação entre o desempenho crítico na prática psiquiátrica reformista e a experiência da formação acadêmica. No caso do supervisor em saúde mental, além de experiências pessoais de boa convivência com os loucos de sua cidade, contribuiu para a sua aproximação com a área a atuação política no Partido Comunista do Brasil. O partido precisava de pessoas que se infiltrassem no Manicômio Judiciário para distinguir os presos políticos dos demais. O Manicômio Judiciário foi uma experiência “aterrorizadora” que se ligou ao gosto por “tudo que era socialmente marginal”. As péssimas condições em que se encontravam os presos favoreceram o engajamento na luta por aquilo que na época se chamava de humanização da assistência psiquiátrica.

No caso de um dos primeiros psiquiatras do serviço, o seu desejo inicial era por ser psicoterapeuta. O ingresso no curso de Medicina se deu pela influência da família e o período que lá passou foi marcado por lutas para modificação do projeto pedagógico do curso. O curso seria “uma mediocridade só”, com organização muito teórica, sem direcionamento prático e sem reflexão filosófica. O período em que foi aluno de graduação coincidiu com a mobilização das primeiras conferências em saúde e saúde mental. Nacionalmente, as exigências de modificações curriculares eram pauta do dia. Mesmo assim, sofreu boas influências de professores da graduação que, somadas à experiência em um Hospital de Saúde Mental, favoreceram a decisão pela Psiquiatria. A Residência em Psiquiatria foi por ele abandonada, uma vez que os bons professores com quem se identificava foram substituídos, por uma decisão política. Assim, fez-se psiquiatra no cotidiano do serviço e prestando prova para obtenção do título.

Mais de vinte anos após os primeiros marcos da reforma psiquiátrica no Brasil, era de se esperar que os estudantes do curso de Medicina já tivessem outra experiência organizacional-curricular. Segundo o depoimento da médica que ingressou no curso em 2002, ao entrar na Universidade, deparou-se com uma formação extremamente biomédica. A conduta não-humanizada se fazia frequente nas práticas conduzidas pelos professores, a ponto da estudante não se sentir bem e gradativamente deslocar-se em relação ao curso. Mas, as disciplinas vinculadas à Psiquiatria eram aquelas em que as

condutas humanizadas se presentificavam e eram levados em consideração tanto os aspectos físicos como os psicológicos do paciente, o que resultou na escolha desta especialidade.

Estes psiquiatras se engajaram em experiências reformistas no campo da saúde mental, mas os dois primeiros não aprenderam sobre isso no curso. A análise de suas falas, focadas nas experiências no Ceará, parecem sugerir que a evolução disciplinar pregada na reforma, ocorreu, mas apenas no âmbito da Psiquiatria, que evoluiu para uma percepção mais ampla sobre o objeto e o sujeito, enquanto as demais especialidades da Medicina teriam permanecidas biomédicas. No discurso dos três, destaca-se a não concordância com o modo clássico, organo-positivista, liberal, de fazer Medicina. Desta maneira, entende-se que se faz necessário efetivar as propostas estabelecidas na I CNSM há quase três décadas. O Ceará ainda apresentaria um currículo predominantemente biomédico, não atento aos condicionantes históricos, sociais e psicológicos do processo saúde-doença, além de não desenvolver as habilidades necessárias para o cuidado em saúde, com discreta exceção para a Psiquiatria. Com a efetivação das propostas das CNSM não haveria necessidade de serem criadas novas profissões, criar-se-ia uma nova forma de praticar a profissão.

SESSION 27

Thème : Changements sociaux et innovations psychiatriques (16 :00 – 18 :00)

Session organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les innovations en cours en psychiatrie.

Jean-Luc Roelandt, France

Mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement des aidants vivant avec un malade psychotique chronique dans le cadre d'une commune de banlieue parisienne.

Patrick Bantman, France

Depuis 1998, une équipe de psychiatrie de la banlieue parisienne (St Maurice - Alfortville, Charenton et St Mandé), réalise un programme d' « Alliance Thérapeutique avec les familles » sur les structures intra et extra-hospitalières, du secteur, avec un dispositif visant les préventions des crises et l'information ainsi que la collaboration des aidants et de la famille.

Depuis l'année 2009 date de lancement du groupe de rencontre « familles – patients – soignants », les familles qui le souhaitent sont reçues ensemble une heure et demie, une fois par mois avec des membres de l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis des Malades Mentaux), un psychiatre et une psychologue, tous deux thérapeutes familiaux, et une assistante sociale. Conjointement à l'hôpital et aux CMP, c'est entre 10 et 20 familles reçues individuellement chaque mois lors des hospitalisations, et plutôt au décours des hospitalisations, dans le cadre de la thérapie familiale et d'entretiens familiaux.

A partir de ce constat et des expériences européennes (comme le Family Learning), nous avons souhaité proposer une évolution avec la participation des professionnels de santé de la ville (libéraux, MG, ...), et les partenaires institutionnels de la ville (Mairie, CCAS, ...;) visant à améliorer le parcours de santé du patient, à soutenir les familles, et à favoriser la coopération interprofessionnelle. Avec la participation des ressources aidantes de la collectivité territoriale partenaires institutionnels, ...) visant à aider l'intégration socio-sanitaire et tenir mieux compte du milieu familial, social et de travail et des conditions intergénérationnelles.

Avec la participation du département de santé publique de l'est parisien (Institut de Santé Urbaine) visant à améliorer la promotion de la santé, la performance médico-économique du programme (Définition des critères d'inclusion et d'exclusion dans la formation ; élaboration de fiches d'évaluation concernant l'acceptabilité, la satisfaction et l'utilité de la formation...). La modélisation pour la reproductibilité de ce programme sera un sujet de recherche en santé publique.

Il est ainsi proposé un nouveau programme ville-hôpital d'éducation thérapeutique et d'accompagnement.

Au programme initial, on associe :

- L'implication des médecins généralistes qui suivent les patients et les familles en les encourageant à participer activement au projet peuvent garantir la prise en compte des soins primaires dans ces approches.
- L'ajout de séances collectives d'information et d'échange réalisés par des experts locaux décryptant les situations médico-psycho-sociales que rencontrent les familles. Le personnel sanitaire, médical et social intervient dans des rencontres d'information-échanges.
- Ce programme s'incluant dans une démarche de Santé publique. L'inscription de cette action dans le contrat local de santé de la collectivité territoriale et l'ARS

Les associations représentant les malades et celles représentant les familles (UNAFAM, ...) existant sur le territoire peuvent participer au groupe de travail de coordination.

Les transformations qualitatives de la population hospitalisée sous l'effet de la déshospitalisation.

François Chapiereau, France

La psychiatrie, discipline sentinelle des changements sanitaires et sociaux.

Bernard Odier, France

SESSION 28 – Salle 3

Thème : Formation des professionnels et modifications des pratiques 3

Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família, em município da Bahia, Brasil.

Adriano Maia dos Santos, Marluce Maria Araújo Assis, Iva Karla Silva da Nóbrega, José Patrício Bispo Júnior, Sandra Rego de Jesus, Cláudia Nicolaevna Kochergin et Josenildo de Sousa Alves, Brasil

Os dilemas para produção do cuidado nos processos de trabalho em saúde mobilizam diferentes estratégias para superação de práticas fragmentadas, pontuais e com baixa resolubilidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como lócus potente para reversão das tradicionais ações limitadas a procedimentos individuais por novas práticas compartilhadas em equipes. A presente pesquisa tem como objetivos: 1) Analisar a gestão do trabalho e a educação permanente em saúde; e 2) Analisar as atividades desenvolvidas por equipes de Saúde da Família relacionadas ao cuidado e a educação em saúde, em um município da Macrorregião Sudoeste da Bahia. Esse estudo é o recorte de uma pesquisa multicêntrica que avaliou a Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família em sete municípios baianos (ASSIS, *et al.*, 2010). Trata-se, portanto, de um estudo de caso que discute a produção do cuidado e os elementos que fortalecem a Atenção Primária à Saúde (APS). O tamanho da população do estudo foi definido com base numa amostra aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores do município (0,14%), admitindo-se um erro máximo de 1% entre a proporção encontrada e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, o tamanho final da amostra foi de 56 trabalhadores, sendo 14 com nível superior (Grupo I – 4 cirurgiões-dentistas, 5 enfermeiros, 5 médico) e 42 sem nível superior (Grupo II – 28 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de saúde bucal, 10 técnicos/auxiliares de enfermagem). Os instrumentos de coleta de dados foram construídos com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (STARFIELD, 2004). As variáveis relacionam informações acerca das: 1) características dos trabalhadores; 2) política da gestão do trabalho e educação permanente; 3) dimensões de análise da Atenção Primária, selecionando-se componentes ligados à educação em saúde. Para avaliar a diferença entre a proporção de trabalhadores com nível superior e médio, utilizou-se o teste de χ^2 . Em toda análise estatística foram considerados como significantes resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% (p -valor < 0,05). O estudo revela que no cenário da pesquisa existem diferentes formas de admissão, contratação e carga horária de trabalho para os profissionais das ESF. Em ambos os grupos (I e II) observa-se uma predominância na admissão por “seleção pública” e carga horária de trabalho de 40 horas semanais. As informações sobre a forma de contratação dos profissionais revelam que há uma predominância de contratação pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) para trabalhadores de nível superior (78,5%) quando comparada aos trabalhadores de nível médio (35,7%), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0054). Com relação à gestão do trabalho e educação permanente na ESF, estabeleceu-se dois eixos de questões: (1) Relacionados aos critérios estabelecidos para capacitação; (2) Impressões quanto às capacitações. Observa-se que entre os trabalhadores de nível médio a proporção de aceitação dos critérios estabelecidos para capacitação é maior do que a observada para os trabalhadores de nível superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa apenas para o critério “Necessidade de trabalhadores de saúde” (p -valor = 0,0021). As impressões “positivas” com relação às capacitações foram maiores para os trabalhadores do nível médio quando comparada aos trabalhadores de nível superior, sendo significativamente mais elevada para a “valorização da participação do usuário/família” (p -valor = 0,0063) e para o “possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário” (p -valor = 0,0036). Com relação à impressão “negativa” da capacitação percebe-se que mais da metade dos trabalhadores de nível superior (64,3%) acham que as capacitações não trouxeram transformações nas práticas enquanto que 7,1% dos trabalhadores de nível médio compartilham dessa opinião, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0000). Foram escolhidas três dimensões da APS para avaliar quais atividades ligadas à educação em saúde estavam sendo realizadas na ESF e como os trabalhadores envolvem-se com tais atividades. As dimensões eleitas foram o “vínculo ou longitudinalidade” (*longitudinality*), o “integralidade” (*comprehensiveness*) e “orientação para a comunidade” (*community orientation*). O componente “vínculo” é apontado como presente nas práticas cotidianas dos profissionais. Os serviços oferecidos fundamentam-se, em sua maioria, nas atividades programáticas e as ações educativas estão mais relacionadas às ações clínicas individuais focadas na doença, com pouca abrangência sobre as condições de vida e os determinantes sociais. As visitas domiciliares foram apontadas por 100% dos trabalhadores, seguida pelas atividades educativas com 98,2%, sendo comum a todos de nível médio (100%). As ações ligadas as “oficinas com participação da comunidade”, “reunião comunitária” e “sala de espera” tiveram uma participação acima de 90% entre o total de trabalhadores. Por sua vez, “ações intersectoriais” e “sala de situação” foram apontadas por

67,8% dos trabalhadores. As atividades das equipes evidenciam alguma orientação à comunidade, sem, no entanto, evidenciar mudanças nas práticas tradicionais.

Barrières et facilitateurs à l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité des services en coloscopie: Une revue systématique avec approche de méthode mixte.

Sonya Grenier, Bernard Candas, Sonya Grenier, Marie Pierre Gagnon, Gilles Jobin, Catherine Dubé, Mario Tousignant et Anis Ben Abdeljelil, Québec

Objectif de la recherche : Le but de cette revue systématique est de contribuer à une meilleure compréhension des facteurs qui doivent être considérés lors de l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité dans les services de coloscopie. Les objectifs sont d'identifier et d'indexer les barrières et les facilitateurs ayant pu affecter l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité en coloscopie selon les perspectives des différents groupes d'utilisateurs impliqués dans ces services (gestionnaires, endoscopistes, infirmières et patients).

Contexte : L'amélioration continue de la qualité des soins dans les services de coloscopie est central à la mise en place de programmes de dépistage populationnel du cancer colorectal visant à réduire l'incidence et la mortalité de ce type de cancer, tout en prévenant les désavantages liés au dépistage et en minimisant les coûts. Habituellement, l'implantation des programmes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) requiert des changements dans les pratiques et l'organisation des soins. Ces changements sont reconnus comme étant difficiles à intégrer. Une meilleure compréhension des barrières et des facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation de programmes d'ACQ s'avère nécessaire afin d'identifier les facteurs clés essentiels au succès de l'implantation de ces programmes du point de vue des différents intervenants.

Méthodologie : Nous avons effectué une recension des études entre 2000 et 2010. Les études incluses ont un devis empirique et rapportent des items perçus comme barrières ou facilitateurs par les utilisateurs lors de l'implantation de programmes d'ACQ dans les services de coloscopie. Deux réviseurs ont indépendamment sélectionné les études en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour chaque étude, nous avons extrait et classifié les items correspondant à chacun des groupes d'utilisateurs en fonction d'une grille d'extraction des données. Nous avons utilisé un processus itératif pour raffiner la grille et classifier les items selon des aspects spécifiques des programmes d'ACQ dans les services de coloscopie.

Résultats et discussion. Cette synthèse met en évidence qu'un programme d'ACQ dans les services de coloscopie développé et implanté selon un processus clairement défini, sur une base participative et selon une approche formative est plus susceptible de mener au succès. De plus, l'importance du travail collaboratif est soulignée par l'influence des attitudes et des perceptions des endoscopistes et des infirmières au cours de l'implantation du programme. L'utilisation d'indicateurs de qualité est profitable si leur nombre reste limité et s'ils sont faciles à produire. Le maintien de la confidentialité des données individuelles est également une condition essentielle au succès des programmes d'ACQ. Par ailleurs, le processus d'implantation devrait, à tout le moins, impliquer les endoscopistes, les infirmières et les gestionnaires. Des impacts positifs sur la qualité des services seraient associés à un environnement organisationnel favorable à l'ACQ et à un support adéquat de l'organisation en vue d'atteindre ce but. On observe un déficit de connaissances quant aux barrières et aux facilitateurs relatifs aux patients, ce qui semble résulter d'un manque de considération de ce groupe dans la plupart des études.

Apports de la communication : Cette synthèse des connaissances pourra informer les différents intervenants qui désirent maximiser leur chance de succès lors de l'implantation de programme d'ACQ dans les services de coloscopie en considérant les facteurs importants pour différents groupes d'utilisateurs afin de minimiser les difficultés inhérentes au changement et de maximiser les bénéfices attendus des programmes de dépistage du cancer colorectal. De plus, cette synthèse contribuera à une compréhension mutuelle des facteurs affectant l'implantation des programmes d'ACQ dans les services de coloscopie pour les différents groupes d'utilisateurs.

Formação e mudanças das prática profissionais na atenção primaria de saúde.

Magda Scherer, Marisa Pacini, Wania Carvalho, Maria da Glória Lima, Camila Oliveira, Izabela et Barberato, Luana Chaves, Brasil

A pesquisa teve por objetivo analisar as mudanças ocorridas nas práticas de profissionais que atuam na atenção primária de saúde - APS, impulsionadas pela formação em nível de pós-graduação.

A oferta de cursos de pós-graduação para capacitar profissionais de nível superior da APS se baseia nas discussões sobre a necessidade de mudanças no modelo assistencial e nas práticas de saúde. Os cursos têm sido subsidiados pelo Ministério da Saúde brasileiro desde meados da década de 1990, como estratégia para adequar o perfil dos profissionais, cuja formação ainda fortemente pautada no modelo biomédico de atenção a saúde, apresenta-se incoerente com o trabalho no Programa Saúde da Família, atualmente transformada em Estratégia Saúde da Família – ESF.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado de março de 2011 a abril de 2013, com egressos de dois cursos de especialização em saúde da família e comunidade do Distrito Federal, Brasil. A população

inicial do estudo foram 130 médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. A coleta de dados foi em 5 etapas: análise documental, mapeamento dos egressos, questionário eletrônico, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal. Os resultados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e os dados qualitativos à análise temática de conteúdo. A pesquisa revelou que, para os participantes, os cursos impulsionaram mudanças na atuação profissional no plano individual e em menor escala no processo de trabalho da equipe. No plano individual, ressaltaram aumento de conhecimento teórico e técnico e maior domínio dos princípios da atenção primária para melhor atuação junto aos usuários, tendo como consequência o desenvolvimento da escuta qualificada e do vínculo com usuários e comunidade, a realização de planejamento na lógica do território, ampliação do cuidado e das ações educativas em saúde junto a comunidade, com ênfase na autonomia e participação dos usuários. Além disso, consideram que aumentou a flexibilidade para o trabalho em equipe, foram instituídas reuniões regulares, e que melhorou a comunicação, a cooperação, e o diálogo para tomada de decisão, no sentido de reorientar o fluxo de atenção à saúde. Os participantes consideram que a formação recebida contribuiu para o enfrentamento do trabalho parcelar e fragmentado ainda prevalente nas ações dos profissionais que atuam na ESF e serviços hospitalares. Por outro lado, ressaltaram que os cursos por si só não asseguram mudanças que possam impactar significativamente o modelo de atenção à saúde, tendo em vista os constrangimentos do meio. Estes estão relacionados a problemas na gestão, fragilidades na rede de atenção, baixa cobertura de equipes da ESF diante de grande demanda da população, bem como a lacunas na formação, dificultando a capacidade dos profissionais de efetuar mudanças, que muitas vezes se expressa na resistência ao novo.

SESSION 29 – Salle 4

Thème : Coordination de structures sanitaires

As Práticas em Saúde Pública no Brasil (Niterói-RJ): o TERRITÓRIO e suas possibilidades.

Ernesto Faria Neto, Carlos Dimas Martins Ribeiro et Aluisio Gomes Silva Junior, Brasil

Resumo

O presente estudo analisa as relações do território e as práticas em saúde na atenção primária, aprofundando o conceito de Milton Santos. Assim, discute as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no Programa Médico de Família(PMF), nas seguintes dimensões: Clínica, Promoção em Saúde, atividade Gerencial, na comunidade do Preventório(Niterói-RJ). Neste estudo de caso, abordamos o histórico da cidade/bairro e o Sistema Único de Saúde, assinalando o uso “limitado” do território, em uma prática meramente administrativa.

Résumé

La présente étude analyse des relations de territoire et les pratiques dans la Santé en attention primaire en approfondant le concept de Milton Santos. Comme ça, on discute les pratiques d'attention à la Santé développées au Programme Médicin Traitant (PMF en Portugais) dans les suivantes dimensions : clinique, promotion en Santé et activité de gestion dans la Communauté Préventive de Niterói, une ville de l'état de Rio de Janeiro - Brésil. Dans cette étude de cas nous abordons l'historique de ville/quartier et le Système Unique de Santé en détachant l'usage limité de territoire dans une pratique simplement administrative.

Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées.

Léo-Roch Poirier, Sarah Descôteaux, André Tourigny, Maude Chapados et Jean-Frédéric Levesque, Québec et Austrália

Objectifs : Identifier les facteurs facilitant ou entravant la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie au Québec

Contexte : Depuis 2002, la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPA) est une priorité ministérielle au Québec. Le modèle retenu en est un de coordination et est adapté du projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). En 2011, on estimait le degré d'implantation des RSIPA à 50 %. Or, les impacts de ce modèle ne sont patents que lorsque le degré de mise en œuvre dépasse 70 %.

Approche : La complexité de l'objet de la revue ainsi que l'importance du contexte et des conditions de mise en œuvre qui lui sont associés justifient le recours à une approche réaliste. Comparativement aux revues systématiques de type *Cochrane*, une revue réaliste ne cherche pas à porter un jugement sur l'efficacité d'un programme ou d'une intervention et sur l'ampleur des effets produits, mais plutôt à identifier les conditions permettant d'expliquer comment des programmes complexes produisent ou non des résultats compte tenu des caractéristiques des contextes ou des milieux spécifiques.

En misant sur l'analyse de l'intervention des acteurs dans la mise en œuvre de diverses formes d'intégration des services, en particulier les RSIPA, l'approche réaliste jettera de la lumière sur leurs choix et leurs raisonnements susceptibles d'expliquer la réussite ou l'échec de ces stratégies d'optimisation des services de santé à la réalité du vieillissement. Cette analyse de l'intervention des acteurs sera faite tant aux niveaux individuel (ex. : style de leadership), interpersonnel (ex. : soutien administratif), institutionnel (ex. : culture organisationnelle) qu'au niveau plus général de l'infrastructure (ex. : soutien politique et financier).

Méthode : La synthèse accélérée des connaissances s'est déroulée sur une période de six mois. Outre une recension des écrits scientifiques et autres documents pertinents, nous avons réalisés des études de cas portant sur six réseaux locaux de services. Les cas ont été sélectionnés en fonction du degré de variation de divers critères : taille de la population desservie, caractéristiques géographiques (territoires urbains, semi-urbains, ruraux), degré d'implantation des RSIPA... De plus, nous avons réalisé des entrevues auprès de six experts internationaux (entretiens téléphoniques semi-structurés d'une durée d'une heure). Enfin, dans le cadre d'un forum délibératif, les résultats préliminaires ont été soumis à la discussion auprès d'une vingtaine de participants représentant différents types d'acteurs concernés par le sujet.

Résultats et apports : Au terme de cet exercice, nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse aux grandes questions suivantes :

- Comment concilier lecture locale des besoins et standardisation souhaitée dans l'offre de services ?
- Comment favoriser la compréhension et l'adhésion à l'innovation proposée ?
- Quelle forme devrait prendre la gestion de cas ?
- Comment généraliser l'utilisation de plans de services individualisés et de plans d'intervention interdisciplinaires ?
- Quel devrait être le rôle des agents locaux de changements ?

Implementação da atenção especializada em saúde bucal no âmbito municipal, Bahia, Brasil.

Thais Aranha Rossi et Sônia Cristina Lima Chaves, Brasil

Contexto e descrição do problema: A entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo federal no Brasil obteve sua efetivação quase duas décadas após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986). Entretanto, estudos apontam histórica secundarização das políticas de saúde bucal pelos governos nacionais. Em 2004, a publicação do documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal" – PNSB aponta certa importância concedida ao tema, sendo considerada uma das prioridades do governo naquele período. Esta Política preconiza a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO como estratégia principal na oferta de atenção especializada no serviço público. Destaca-se a ausência de estudos sobre a implementação da atenção secundária em saúde bucal em uma perspectiva política e de gestão. Nesse sentido, esta investigação justifica-se pela importância e originalidade de estudos que analisem as características de governo local e os resultados dos investimentos realizados na implementação dos CEOs no nível municipal, bem como sua relação com o desempenho dos serviços de saúde bucal.

Objetivo: Analisar a implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia, Brasil.

Método: Desenvolveu-se abordagem qualitativa. Os procedimentos para produção dos dados foram análise documental, observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 24 informantes-chave. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo temática, tendo sido pautada teoricamente pelo postulado de coerência de Mário Testa e triângulo de governo proposto por Carlos Matus. O triângulo de governo propõe a relação entre três variáveis, vértices de um triângulo: o projeto de governo, a capacidade de governo e governabilidade. No postulado de coerência, há uma relação necessária entre o propósito de governo, o método para alcançá-lo e a organização, dentre outras variáveis.

Resultados: Nos dois municípios estudados, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação de uma política de saúde. O trabalho evidenciou uma baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde. Observou-se que a existência de projeto de implementação em consonância com as diretrizes do governo local, propósito de crescimento, alta capacidade de governo e métodos coerentes, além de uma organização favorável à implementação do projeto foram características da gestão na qual se constatou implementação exitosa. As primeiras etapas do ciclo da política pública no nível local, entrada na agenda e formulação, mostraram relevância para o êxito ou não da implementação. A grande rotatividade de gestores municipais, composição limitada da equipe de governo, sobrecarga de atividades, contexto político local com baixa governabilidade foram aspectos críticos para a implementação de uma política de saúde. A construção do processo decisório esteve relacionado ao êxito na implementação do serviço.

Conclusão: A presente investigação apontou o protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal, como a Política Nacional de Saúde Bucal. O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes que explicaram as principais diferenças no

momento da implementação da política nacional no nível local. Portanto, aponta que o maior desafio para os Sistemas de Saúde é político. Estudos que incorporem categorias analíticas das relações de poder local são recomendados.

Caractéristiques sociales et cliniques des patients transférés du service des urgences d'un Centre Hospitalo-Universitaire.

Alain Tran, Saïd Laribi, Pénélope Troude, Fabien Martinez, Bertrand Galichon, Christophe Segouin et Patrick Plaisance, France

Contexte: Le transfert de patients d'un établissement hospitalier à un autre est un problème pour les services d'urgence car c'est une situation de fragilité et d'inconfort pour les patients en plus d'être un problème financier (perte potentielle de recette pour des établissements financés à l'activité). Lariboisière est un hôpital universitaire situé à Paris. Il fait partie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le réseau régional des hôpitaux publics universitaires de la région parisienne. Les urgences de Lariboisière sont l'un des plus grands services d'urgences de Paris avec près de 72,000 passages en 2011, ce qui correspond approximativement à 190 passages par jour.

Objectif : Décrire les caractéristiques des patients transférés (hospitalisés dans un autre hôpital que Lariboisière) et les raisons de ces transferts.

Méthode: Tous les patients de plus de quinze ans consultant aux urgences en décembre 2012 et en janvier 2013 qui avaient besoin d'une hospitalisation ont été inclus dans l'étude. Les patients nécessitant une prise en charge spécialisée telle que les urgences céphalées, ORL ou gynécologiques sont vues dans une unité distincte et n'ont donc pas été inclus dans l'étude.

Le recueil de données a été réalisé par auto-questionnaire rempli par les urgentistes. Il comprenait les informations suivantes : l'identification du patient, la date de naissance, le diagnostic médical, l'hospitalisation en service d'hospitalisation de courte durée, le champ de prise en charge, les caractéristiques sociales, la possibilité d'hospitalisation dans l'hôpital, et en cas de transfert: la date, la destination et le motif de transfert.

Résultats: Parmi les 1371 patients éligibles, un questionnaire a été rempli pour 1125 patients (taux d'exhaustivité = 82 %). Parmi ces 1125 patients, 30% ont été transférés vers un autre hôpital. Les patients ayant des pathologies psychiatriques étaient plus souvent transférés que ceux ayant des pathologies médicales ou chirurgicales, respectivement 83 % et 23 %. En effet, la majorité des patients relevant de psychiatrie sont transférés en raison dans l'organisation géographique française des soins psychiatriques. Parmi les 979 patients ne relevant pas de psychiatrie, il n'existait pas de différence significative dans la proportion de transfert selon le jour ou la semaine de transfert. Néanmoins, la proportion de transfert varie de 17 % à 27 % selon la semaine de l'année. La plus forte proportion de transfert a été observée durant la semaine précédant les vacances scolaires.

L'analyse descriptive a été limitée aux 218 patients transférés et relevant de médecine ou de chirurgie. La moitié des patients transférés avaient plus de 74 ans. Il y avait autant d'hommes que de femmes. En ce qui concerne les caractéristiques sociales, au moins 15 % des patients étaient en situation de handicap social (pas de couverture sociale, sans domicile fixe, patient alité, faible niveau de français). Deux tiers des patients avaient séjournés dans le service d'hospitalisation de courte durée. Un tiers des patients avait une pathologie chirurgicale. En ce qui concerne le diagnostic, 25 % des patients avait des maladies respiratoires, 18 % avait des pathologies de chirurgie vasculaire, 18% avait des pathologies orthopédiques et 11 % des pathologies urologiques.

Le principal motif de transfert était le manque de place (64%), suivi par l'absence de spécialité (22%). En ce qui concerne la destination du transfert, 70% des patients était transférés vers des hôpitaux hors AP-HP. Ces transferts étaient principalement motivés par le manque de place.

Discussion/ Conclusion: Globalement, la proportion de transferts parmi l'ensemble des patients participants était de 30 % mais cette proportion n'était que de 23% après exclusion des patients relevant de psychiatrie. Hors psychiatrie, la moitié des patients transférés avaient plus de 75 ans. Au moins 15% des patients transférés avait un problème social pouvant compliquer la prise en charge ou allonger la durée de séjour.

Comme attendu dans un hôpital universitaire avec la plupart des spécialités disponibles, le principal motif de transfert était le manque de place (64%). La proportion de transferts la plus élevée correspondait à une période de fermeture progressive des lits une semaine avant le début des vacances scolaires. Toutefois, le nombre de patients nécessitant une hospitalisation n'a pas diminué cette semaine ou pendant les vacances.

Le transfert de patients représente un problème pour le patient ainsi que pour l'hôpital chargé du transfert, il est donc important de réduire sa proportion autant que possible. Néanmoins, le principal motif de transfert déclaré est le manque de lits dans l'hôpital. Une information partagée sur la disponibilité des lits dans l'hôpital pourrait permettre de diminuer le nombre de transferts (état des lieux en temps réel au niveau de l'AP-HP, connaissance des sorties à venir). C'est une des raisons pour lesquelles le Ministère de la santé a décidé de mettre en place un bed manager dans les hôpitaux.

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques 4 : cancer, VIH

Câncer de próstata: dificuldades vivenciadas pelos familiares e contribuições dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Maria Graciete de Brito Cotrim; Sheila Cerqueira Damasceno; Zannete Conceição do Nascimento Souza et Eujcely Cordeiro Santiago, Brasil

Introdução: O câncer da próstata surge quando, por razões desconhecidas pela ciência, as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem (GUELER, 2002). Conviver com a possibilidade do câncer no lar vem tornando-se uma realidade na vida de muitas pessoas. E esta descoberta em um membro da família pode trazer grandes mudanças no cotidiano familiar.

Objetivo: Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos familiares e as contribuições dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente com câncer de próstata internados em um hospital público.

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, utilizando como campo de investigação um Hospital Geral do Estado da Bahia, Brasil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (06 pessoas – familiares dos pacientes com câncer de próstata que se encontravam internado). As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2007).

Resultado e Discussão: Os resultados foram categorizados em três aspectos: **Dificuldades vivenciadas por familiares de paciente com câncer de próstata**, a família quando passa por este momento de dificuldade experimenta uma vasta gama de emoções, dentre elas: depressão, medo, ansiedade. A perturbação no equilíbrio familiar ocorre porque os acompanhantes passam pelos mesmos estágios que o doente, sendo estes mais graves e sérios tanto quanto maior for o vínculo familiar, e quanto mais relevante for o papel do paciente dentro da família. **Estratégias de enfrentamento dos familiares diante da nova situação**, os acompanhantes relatam à importância da fé e da religiosidade no momento em que devem enfrentar o problema. Foi observado nos depoimentos que os familiares trazem em si uma crença divina de que Deus está olhando por todos. E é isto que caracteriza a esperança que eles apresentam diante da possibilidade de cura ou de superação do sofrimento; **Identificação do cuidado recebido pelos familiares**, para os familiares, o cuidado se manifesta por meio da linguagem, pois os mesmos exprimem o desejo de compreender sua situação pelo diálogo, bem como compartilhar seu pensar com as outras pessoas, por isso é importante que o profissional de saúde saiba falar e escutar, pois tais ações surgem como forma de cuidar. Estes familiares precisam ser ouvidos e respeitados em suas opiniões e observações, é preciso ser compreendidos em sua totalidade.

Considerações finais: conclui-se que a família se vê fragilizada, sem condições de dar conta sozinha dos cuidados com o ente querido enfermo, valorizando o trabalho da equipe de saúde. A relação entre a família e os profissionais, envolve apoio e confiança, tanto na realização dos procedimentos técnicos como numa atenção diferenciada, através do cuidado e da conversa. A equipe de saúde deve atuar não só na assistência aos cuidados físicos com o paciente, é preciso fornecer apoio emocional tanto ao paciente quanto aos familiares.

De la detección al diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad. Itinerarios de atención de mujeres con cáncer mamario afiliadas al Seguro Popular en San Luis Potosí México.

Luz María Tejada Tayabas et Liseth Amell Salcedo, México

Contexto y descripción del problema.

El Cáncer de mama (CaMama) en México es la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años. En el año 2008 murieron 4,818 mujeres, lo cual implica un fallecimiento cada dos horas. Este padecimiento constituye una prioridad en salud por su elevada tasa de mortalidad, por el impacto físico, emocional, social y económico que tiene sobre las mujeres que lo padecen y sus familias. La investigación biomédica ha producido nuevas opciones terapéuticas que permiten asegurar con una detección y tratamiento oportunos la sobrevivencia de las mujeres. No obstante, el tratamiento efectivo tiene un costo elevado y representa un desafío para el sistema de salud, principalmente porque más del 48% de los casos se diagnostican en etapa tardía y el costo promedio aproximado por año/paciente es de 15,941.00 dólares.

En el año 2004 se estableció en México, el Seguro Popular de salud (SP) cuyo objetivo principal es reducir los gastos catastróficos asociados a la atención a la salud. En el 2007 se incorpora a este esquema de financiamiento, la atención a mujeres con CaMama para solventar los gastos de su atención.

A la fecha, no hay estudios que valoren los beneficios y limitantes del apoyo otorgado, o bien, que evalúen la atención que otorgan los centros proveedores de servicios a las mujeres con este padecimiento. Menos aún se ha considerado la perspectiva, experiencias y prácticas de las mujeres con este diagnóstico respecto a las rutas y procesos que siguen para recibir la atención correspondiente como beneficiarias del SP. Los itinerarios de atención en este estudio se refieren a las

travesías de las mujeres en busca de diagnóstico, tratamiento y resolución a sus necesidades dentro del sistema de atención médica institucionalizada, Analizar las rutas que recorren las mujeres con CaMama para recibir atención evidencia algunas fortalezas y debilidades del programa para la atención del CaMama en su operatividad en una ciudad del Centro de México.

Objetivo: Este trabajo describe los itinerarios de atención medicalizada que siguen las mujeres con cáncer mamario afiliadas al SP para acceder y recibir el diagnóstico, tratamiento y asistencia continua a su padecimiento, así como para obtener los beneficios del sistema de protección financiera denominado SP.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una evaluación cualitativa con enfoque etnográfico. Considerándose como informantes a las mujeres registradas en la lista de apoyo del grupo RETO (Recuperación Total), organización no gubernamental para apoyo a mujeres con CaMama. Se incluyeron en esta fase del estudio nueve mujeres con diagnóstico de CaMama seleccionadas mediante muestreo intencional considerando como criterio su participación voluntaria en el estudio y que hubiesen sido diagnosticadas en un periodo no mayor a un año, con diagnóstico inicial o con recurrencia del Cáncer.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, dos en promedio por participante. La entrevista inicial se realizó en el Hospital y las subsecuentes en sus hogares o en las oficinas de Grupo Reto. También se empleó la observación no participante a fin de tener en cuenta el contexto en que se otorga la atención como de los hogares de las mujeres. A las participantes en el estudio les fue aplicado un cuestionario para obtener datos sociodemográficos. Se efectuó Análisis de Contenido Estructurado con apoyo del programa informático Atlas ti 6.2.

Resultados : Las mujeres participantes fueron nueve, seis de la capital del estado y tres foráneas, sus edades oscilan entre 34 y 59 años. La mayoría tienen entre tres y cuatro hijos. Todas las participantes cuentan con la educación básica completa y dos de ellas con preparación técnica-profesional, sólo una de las participantes trabaja fuera del hogar y otra es pensionada, el resto se dedican al hogar.

En los itinerarios referidos por las mujeres se incluyen los recorridos por las instancias de atención en diferentes niveles, desde el diagnóstico hasta el tratamiento médico quirúrgico y la rehabilitación, considerando los tiempos que les ha implicado el recorrido y el cumplimiento de metas en cada fase de atención así como algunas barreras enfrentadas, las comunicaciones, desencuentros y vicisitudes afrontadas en sus recorridos. Involucran también los trámites y procedimientos que deben cumplir en diferentes instancias para recibir apoyo económico por parte del SP y otras organizaciones no gubernamentales.

En la narrativa de las mujeres se pueden identificar varios itinerarios: el primero comprende la identificación del primer signo de alarma y la primera visita al médico en busca del diagnóstico. El segundo va desde la visita inicial al médico y la realización de pruebas diagnósticas hasta la confirmación del diagnóstico. El tercer itinerario involucra el conjunto de trámites para afiliarse al seguro popular y obtener sus beneficios en cada fase del tratamiento, a la par de la búsqueda de apoyo por parte de otros organismos no gubernamentales. El cuarto itinerario incluye las acciones y procedimientos que comprenden el tratamiento oncológico (quimioterapia, cirugía y radioterapia), sus fases metas y resultados. El quinto itinerario es el comprendido entre el inicio del control post-tratamiento y el diagnóstico de una recurrencia o metástasis para iniciar nuevamente el ciclo de búsqueda de atención.

Al considerar el acceso de las participantes en el estudio a los servicios de salud en el momento del diagnóstico se identificaron tres grupos: a) las que contaban con seguridad social, b) las que demandaban los servicios públicos de salud y c) aquellas que acudían a los servicios privados. No obstante se identifica una combinación en el uso de los diferentes tipos de servicios de salud para obtener el diagnóstico, posterior a ello, todas las mujeres se afiliaron al SP para recibir sus beneficios para el tratamiento. Las razones de tal decisión son diversas, tales como la insatisfacción con algún tipo de atención, los costos, o el antecedente de malos resultados en su diagnóstico y tratamiento inicial. Las mujeres narran el uso de diversos tipos de servicios, los largos tiempos de espera y las dificultades para el acceso a la atención, principalmente en la fase de diagnóstico e inicio de tratamiento. Se destaca una rapidez y efectividad en el tratamiento en el segundo nivel de atención, principalmente cuando las mujeres se encuentran en una etapa tardía del cáncer, presentan metástasis o recurrencia de la enfermedad. No está de más señalar que las rutas que recorren estas mujeres se acompañan de la incertidumbre, tristeza, preocupación y sufrimiento que conlleva un diagnóstico por cáncer.

Con los hallazgos de este estudio se evidencian algunas fortalezas del programa de atención a mujeres con CaMama pero principalmente sus debilidades para la detección y el tratamiento oportunos a estas mujeres.

Temas a discutir: ¿Las vías de acceso a los diferentes tipos de servicios de salud son una fortaleza o una debilidad en la atención a mujeres con CaMama?

¿Cuáles son las posibilidades de sustentabilidad de la estrategia de financiamiento del SP a la atención de la enfermedad, si parece soslayar las acciones de prevención y de atención primaria a la salud, privilegiando la atención curativa y la rehabilitación?

¿El financiamiento del tratamiento a mujeres con cáncer mamario garantiza la accesibilidad a los servicios de salud y su disponibilidad para una sobrevivida de estas mujeres con una elevada calidad de vida? ¿Cuál ha sido el éxito del SP en la atención a éste grupo poblacional?

Barreiras para o diagnóstico, tratamento e cronificação de lesão precursora do câncer do colo no Brasil: Quais são e como enfrenta-las? Revisão Sistemática.

Adenilda Lopes Martins, Carlito Nascimento Sobrinho, Rosely Cabral Carvalho, Colbert Martins da Silva Filho et Kelma Larissa de Oliveira Silva, Brasil

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero é o sexto tipo de câncer mais freqüente na população em geral e o segundo mais comum entre mulheres. No Brasil, estimam-se 20 mil casos novos de câncer de colo de útero ao ano, uma incidência estimada em 20/100 mil. Os estudos de prevalência publicados no Brasil, em sua maioria, analisam dados de mulheres que procuraram serviços de saúde para rastreamento ou tratamento. Muitos apresentam dados exclusivamente de mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados. **Métodos:** Revisão sistemática de estudos sobre câncer do colo em mulheres brasileiras. **Resultados:** Estudos realizados nos estados da região Sudeste foram a maioria, seguidos pelas regiões Sul e Nordeste, e a região Norte, com o menor número de estudos. Desigualdades no acesso ao rastreamento, tardio diagnóstico e dificuldades para terapia em algumas regiões, contribuem para a sua da cronificação e invasão tecidual. Neste contexto as lesões precursoras do câncer do colo (NICs) no Brasil, passaram a serem consideradas como doença crônica, demandando políticas públicas para o seu tratamento, assistência e prevenção.

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervical es el sexto más común tipo de cáncer en la población general y el segundo más común entre las mujeres. En Brasil, un estimado 20.000 nuevos casos de cáncer cervical del útero, una incidencia de alrededor de 20/100 mil. Estudios de prevalencia publicados en Brasil, sobre todo, analizan los datos de las mujeres que buscaban los servicios de salud para el seguimiento o tratamiento. Muchos exclusivamente con datos de mujeres con resultados frotis cambiados. **Métodos:** Revisión sistemática de estudios sobre el cáncer cervical en las mujeres del Brasil. **Resultados:** Estudios realizados en los Estados del sureste fueron mayoría, seguidos por las regiones sur y noreste, y la región norte, con un menor número de estudios. Las desigualdades en el acceso a las dificultades de seguimiento, diagnósticos y terapéuticas en algunas regiones, contribuir a su de invasión del tejido y la cronificación. En este contexto las lesiones precursoras del cáncer cervical (NIC) en Brasil, llegó a ser considerado como enfermedad crónica, exigiendo políticas públicas para su tratamiento, la atención y la prevención.

Voces positivas: resultados del índice de estigma en personas que viven con VUH en Colômbia.

Bernardo Castiblanco Torres, Juan Simbaqueba, Clara Pantoja et Carolina Avila, Colombia

RESUMEN

El estigma relacionado con la infección por VIH es reconocido ampliamente como uno de los principales obstáculos en prevención y cuestiones relacionadas con la atención integral de las Personas que Viven con VIH - Sida (PVVS). El objetivo de este estudio fue determinar y documentar las formas en las que las PVVS experimentan el estigma y la discriminación en sus contextos cotidianos. Como metodología se realizó un estudio descriptivo para evidenciar las frecuencias y las características más importantes de la situación de Estigma en la población. Se realizó un muestreo intencional por bola de nieve, se analizaron los resultados a partir de las categorías para la construcción del índice internacional elaborado por ONUSIDA y se realizó un análisis cualitativo – cuantitativo. Los resultados se concentraron en tres áreas, *el ámbito personal y familiar, el ámbito social y comunitario*, y finalmente *el ámbito estatal*. Los resultados que se describieron a lo largo de esta investigación, permiten tener una mirada global de lo que está ocurriendo a diferentes niveles en los cuales se desenvuelven los participantes, que van desde espacios singulares (como se ven a sí mismos/as, cuáles son sus principales miedos y temores) y particulares (relaciones con su familia, comunidad y ámbito laboral) hasta estructurales como el funcionamiento del Estado en los ámbitos de salud, educación, trabajo, vivienda y políticas entre otros, así como lo que está ocurriendo con la organización y movilización ciudadana en torno al tema de VIH en el país.

RÉSUMÉ

La stigmatisation associée au VIH est largement considéré comme l'un des principaux obstacles à la prévention et des questions de soins complets personnes vivant avec le VIH - SIDA (PVVIH). Le but de cette étude était de déterminer et de documenter la façon dont les PVVIH expérience stigmatisation et la discrimination dans leurs contextes quotidiens. Comme méthodologie étude descriptive a été réalisée pour démontrer la fréquence et les caractéristiques de la situation plus importante stigmatisation de la population. L'échantillonnage raisonné a été menée par boule de neige, nous avons analysé les résultats des catégories pour la construction de l'indice international élaboré par l'ONUSIDA et effectué une analyse qualitative - quantitative. résultats ont porté sur trois domaines, la sphère personnelle et familiale, la sphère sociale et communautaire, et enfin la sphère de l'Etat. Les résultats décrits tout au long de cette recherche, a permis d'avoir une vision globale de ce qui se passe à différents niveaux dans lequel ils se développent les participants, allant des espaces singuliers (comme ils cherchent à se / as, ce qui leurs principales craintes et inquiétudes) et des particuliers (relations avec la famille, la communauté et lieu de travail) à structure et le fonctionnement de l'État dans les domaines de la santé, l'éducation,

l'emploi, le logement et les politiques, entre autres, ainsi que ce qui se passe avec l'organisation et de mobilisation autour de la question du VIH dans le pays.